

Der chronische Nasen- und Rachen-Katarrh : mit einer Einleitung über den 'Spezialismus in der Medizin' / von Max. Bresgen.

Contributors

Bresgen, Maximilian, 1850-1918.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Wien : Urban & Schwarzenberg, 1883.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/yzjzfc3j>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

27
DER CHRONISCHE

NASEN- UND RACHEN-KATARRH.

MIT EINER EINLEITUNG

ÜBER DEN

„SPEZIALISMUS IN DER MEDIZIN“.

VON

DR. MAXIMILIAN BRESGEN

IN FRANKFURT AM MAIN.



MIT 11 IN DEN TEXT GEDRUCKTEN ABBILDUNGEN.

ZWEITE, VOLLSTÄNDIG UMGEARBEITETE UND BEDEUTEND ERWEITERTE AUFLAGE.

WIEN UND LEIPZIG.
URBAN & SCHWARZENBERG.
1883.

VERLAG

VERLAG

VERLAG

VERLAG

Alle Rechte vorbehalten.

VERLAG

Vorwort zur ersten Auflage.

Ich übergebe die vorliegende Arbeit der Öffentlichkeit, nicht sowol um meine Spezialkollegen mit meiner Auffassung des chronischen Nasen- und Rachen-Katarrhes, sowie meiner Behandlung desselben bekannt zu machen, als vielmehr auch, und zwar nicht zum wenigsten, um allerseits auf die hohe Bedeutung hinzuweisen, welche einer normalen Beschaffenheit der ersten Atmungswege, der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes, in Bezug auf die Entwicklung und das Wohlbefinden des Menschen beizumessen ist.

Fällt dies Schriftchen einem Laien, einem Kranken in die Hand, so möge er daraus entnehmen, dass, wenn er sich einem Arzte anvertraut, er diesem auch das Urtheil über seine Erkrankung, sowie deren Behandlung ungeschmälert belassen soll. Dann nur kann der Arzt Nutzen stiften, und das Verhältniss zwischen dem Kranken und dem Arzte wird ein angenehmes sein.

Frankfurt am Main, den 11. Februar 1881.

Dr. Maximilian Bresgen.

Vorwort zur zweiten Auflage.

Es war mir ebenso überraschend als erfreulich, dass schon nach noch nicht zwei Jahren der Verkauf der ersten sehr bedeutenden Auflage eine zweite mir zur Pflicht machte. Ich unterzog mich dieser auch um so lieber, als ich im Verlaufe dieser Zeit gar manche Ausstellungen an meiner Schrift zu machen fand. Ich habe, wie man sich überzeugen wird, grosse Veränderungen sowol im Wortlaute, wie auch in Anordnung und Stoff getroffen. Ich hoffe, dass dieselben meinem Streben noch reichlichere Anerkennung bringen werden, als mir schon durch die erste Auflage zu Teil wurde. Bietet sich mir wiederum Gelegenheit, Verbesserungen an dieser Schrift vornehmen zu können, so wird denselben, wie auch jetzt, mein bester Wille zu Grunde liegen. Es kann mir nur angenehm sein, wenn eine sachgemässe Kritik mir dabei helfend zur Seite steht. „Was wir suchen, ist die Wahrheit und nicht der momentane Sieg eigener Meinungen.“ (Max Müller.)

Bezüglich meiner Einleitung über den Spezialismus in der Medizin verweise ich, da ich an diesem Orte mich etwas kurz fassen musste, auf eine ehestens in der „Wiener medizinischen Presse“ erscheinende eingehendere Studie von mir unter dem Titel: „Die Bedeutung der Arbeitsteilung besonders in der praktischen Medizin, nebst Bemerkungen über den akademischen Unterricht und die Dauer der akademischen Studienzeit.“ (1883. Nr. 8 ff.)

Frankfurt am Main den 14. Dezember 1882.

Dr. Maximilian Bresgen.

INHALT.

	Seite
I. Einleitung	1
II. Untersuchung des Rachens, des Nasenrachenraumes und der Nase . . .	7
III. Ätiologie	22
A. Chronischer Nasenkatarrh	22
B. Chronischer Rachenkatarrh	41
IV. Symptome, Befund und Verlauf	54
A. Chronischer Nasenkatarrh	54
B. Chronischer Rachenkatarrh	83
V. Therapie	99
A. Chronischer Nasenkatarrh	99
B. Chronischer Rachenkatarrh	124
VI. Schlusswort	131

Druckfehler-Berichtigung.

Seite 2, Zeile 22 u. 23 v. o. st. „beständigen Fortschritten“ l. „beständigem Fortschreiten“.

Seite 2, Zeile 5 v. u. st. „fruchtbringende“ l. „fruchtbringendere“.

Seite 21, Zeile 14 v. o. st. „Zaufel“ l. „Zaufal“.

Seite 49, Zeile 1 v. u. st. „Reminiszens“ l. „Reminiszenz“.

Seite 73, Zeile 3 v. u. st. „Jarvis,“ l. „Jarvis“.

Seite 82, Zeile 6 v. o. l. hinter „Lebenden“ ein Komma.

Seite 83, Zeile 12 v. u. st. „enschieden“ l. „entschieden“.

I. Einleitung.

„Der Spezialisismus in der Medizin.“

Es muss als eine auffallende Erscheinung bezeichnet werden, dass die Pharyngoskopie und Rhinoskopie in ihrer Entwicklung weit hinter der Laryngoskopie geraume Zeit zurückgeblieben ist. War auch schon von Einzelnen versucht worden, die Aufmerksamkeit wenigstens der Laryngologen auf die Wichtigkeit der Untersuchung und direkten Behandlung der Erkrankungen der Nase und des Rachens zu lenken, so wurden diese Bemühungen doch erst im verflossenen Jahrzehnt von einigem Erfolge begleitet. Einer grossen Anzahl von Ärzten sind jetzt noch die Nasen- und Rachenhöhle eine terra incognita. Man kann sich deshalb nicht wundern, wenn sowol in ärztlichen wie Laien-Kreisen jene Ansicht noch so ungemein verbreitet ist, dass chronische Nasen- und Rachen-Katarrhe als eine eigentliche Krankheit nicht anzusehen seien, dass sie wol Unbequemlichkeiten und Beschwerden im Bereiche des betroffenen Theiles, aber keine besonderen Störungen für den übrigen Organismus im Gefolge hätten.

Es ist erstaunlich, wie viele und harte Kämpfe es kostet, breitere Kreise für eine zweckdienliche Emanzipation vom Althergebrachten zu gewinnen und von der Notwendigkeit eines stetigen, also unaufhörlichen Fortschreitens zu überzeugen, anstatt bei dem erworbenen vermeintlichen Guten selbstgenügsam stehen zu bleiben und zu warten, bis Einem Besseres in den Schos fällt.

Solche Zustände, bespricht auch Hegar's kürzlich erschienenenes Schriftchen¹⁾. Er schreibt dort u. A.:

¹⁾ Spezialisismus und allgemeine Bildung. Rektoratsrede. Freiburg i. B. und Tübingen. 1882. J. C. B. Mohr. Seite 30 u. ff.

„Das menschliche Gehirn braucht Zeit, um sich den an es gestellten Anforderungen zu akkommodieren, und dazu reichen zuweilen eine oder selbst mehrere Generationen nicht aus. Man muss schon etwas länger gelebt haben, um die Zeiträume einigermaassen taxieren zu können, welche dazu gehören, bis selbst einfache Wahrheiten, deren Erfassung keine grossen Vorkenntnisse und keine bedeutende Intelligenz erfordert, sich unter einer grösseren Bevölkerungsschichte, ja oft selbst nur unter den beteiligten Fachmännern Geltung verschaffen. Wie lange hat es gedauert, um ein Jedermann bekanntes Beispiel anzuführen, bis die so einfachen hygieinischen Begriffe und Prinzipien nur einigermaassen unter der gebildeten Klasse Eingang und Geltung gefunden haben, und welchem Mangel an Einsicht und Verständniss begegnet man in dieser Beziehung oft noch heutzutage!“

Es besteht kein Zweifel, dass auch in unserem Spezialfache die sachlicheren, auf Kenntniss der anatomischen, physiologischen und pathologischen Verhältnisse basierte Anschauungen mehr und mehr an Terrain unter den Ärzten gewinnen. Mit der Vermehrung wirklichen Wissens stellt auch selbstständiges Urteil sich ein und dieses führt notgedrungen zu beständigen Fortschritten. Der geisttödtende Tatsachenkultus hat sich zu überleben begonnen.

Sehr lesenswert sind die diesbezüglichen Auslassungen von Schmidt-Rimpler¹⁾; er sagt u. A.: „Nicht die Aufspeicherung und Ansammlung von Daten und Fakten schafft die Fortschritte, nicht in ihr liegt der wahre Wert für die einzelnen Menschen, — sondern in der Nachweisung ihres organischen Zusammenhanges, ihrer Beziehungen auf die grossen, die Menschheit bewegenden Ideen!“

Seitdem die altüberkommenen wissenschaftlichen Systeme und Untersuchungsmethoden vielfach durchbrochen sind, seitdem der geistige Horizont von den „Scheuklappen des Systems“ mehr und mehr befreit wird, macht sich eine fruchtbringende Tätigkeit auch auf unserem Spezialgebiete geltend. „Soweit sich so etwas voraussagen lässt, scheinen wir einer Epoche entgegen-

¹⁾ Universität und Spezialistentum. Rektoratsrede. Marburg 1881. N. G. Elvert. Seite 7.

zugehen, in welcher man mehr als bisher daran denken wird, die vorhandenen Tatsachen der Forschung zu bearbeiten, die entferntesten Enden des Wissens zusammenzubringen und so das Wesentliche und Allgemeine festzustellen, ein Bestreben, welches notwendig eine vielseitigere Bildung für den Einzelnen voraussetzt, als die ist, welche wir für gewöhnlich jetzt besitzen und erstreben.“ (Hegar.)

Man hört und liest jetzt so oft Warnungen vor der „Zersplitterung der Arzneiwissenschaft“, und das hat nachgerade zur Folge gehabt, dass ein grosser Teil besonders der praktischen Ärzte geringschätzend von den Spezialisten denkt, insofern als man dieselben als ausserhalb des Rahmens der Allgemeinmedizin stehend anzunehmen sich gewöhnen möchte. Zu solchem Urteile ist man wol mit einigem Rechte durch die Erfolge derjenigen Richtung in der Medizin gedrängt worden, welche als Reaktion gegen die naturphilosophische Auffassung sich geltend machte, um im weiteren Verlaufe, wie das so häufig in ähnlichem Falle geschieht, über das Ziel hinauszuschiessen und dadurch, „oft unbewusst, gerade ein engstes und beschränktes Spezialistentum unterstützt, indem es dessen Hochmut und Selbstgenügsamkeit durch Überschätzung fördert.“ (Schmidt-Rimpler.)

Man mache deshalb die Spezialärzte nicht verantwortlich für das, was sie unmöglich verschulden konnten, was nur das herrschende System als ungeniessbare Frucht zeitigte. Ein grosser Teil der Praktiker versteht die beständigen Warnungen vor dem „Spezialismus in der Medizin“ gänzlich falsch: er fühlt sich dadurch gehoben und sieht die Spezialisten nicht mehr für vollberechtigt an. Das schmeichelt ihm und dies umsomehr, als er dadurch glaubt, ungestört auf seinem gewohnten Wege wandern zu dürfen. Der leidige Egoismus spielt bei diesem Missverständnisse eine Hauptrolle; es kommt dabei recht klar zur Erscheinung, dass die Arzneiwissenschaft, mehr als ihr gut ist, als eine milchende Kuh, aber nicht als ein hehrer hoher Beruf aufgefasst wird, womit aber am allerwenigsten gesagt sein soll, dass in der Praxis nur das letztere Moment zur Geltung kommen müsse.

Wir dürfen uns darüber nicht täuschen, dass es zur Zeit für eine Person schlechterdings unmöglich ist, alle Zweige der Medizin gleichmässig so zu beherrschen, um alle Krankheiten

lege artis behandeln zu können. Man erwidert darauf, dass die Ärzte besonders auf dem Lande doch keine Spezialisten zur Verfügung hätten; sie müssten stets ohne solche auskommen und es ginge doch. Das ist ganz richtig, nur muss man das Wie recht untersuchen. Den Ärzten, welche keine Spezialisten befragen können, ist deshalb doch nicht der mindeste Vorwurf zu machen. Es liegt eben in unserer Zeit, welche für unser Gehirn zu rasch fortschreitet; deshalb muss Arbeitsteilung eintreten, bis eine höhere Entwicklungsstufe erreicht ist und beständige Arbeit uns zu einfacheren Wahrheiten und Theoremen geführt hat, deren Verständniss dann wesentlich erleichtert und auch ohne die ausgedehnte Kenntniss spezieller Daten möglich ist. „Zukünftige Generationen haben ohne Zweifel gleich von vornherein eine derartige Hirnanlage, dass die Entstehung gewisser Vorstellungen, Anschauungen und Begriffe, ja selbst die Erlernung gewisser Technizismen, welche wir nur mit grosser Mühe uns anzueignen vermögen, mit der grössten Leichtigkeit vor sich gehen werden. Bestimmte Richtungen der geistigen Tätigkeit, grosse Fähigkeiten werden schon bei der Geburt angelegt und einigermaassen ausgebildet sein, welche wir nur mit Schwierigkeiten zu erlangen vermögen. So werden auch Genies entstehen, welche im Stande sind, das Wissensmaterial ihrer Zeit vollständig zu umfassen und zu allgemeineren Anschauungen, selbst zu einer neuen einheitlichen Weltanschauung zu verarbeiten und auch der Durchschnittskopf wird vielleicht einen grösseren Einblick in das grosse Ganze der geistigen Errungenschaften haben, als dies jetzt dem höher Begabten möglich ist.“ (Hegar.)

Zum Troste für unsere Generation sagt Hegar mit allem Rechte, dass sich auch bei gewöhnlicher durchschnittlicher Lebensdauer im Laufe der Jahre, bei gehöriger Benützung der Zeit, immerhin recht viel in ein halbwegs gut veranlagtes Gehirn hineinbringen liesse, besonders wenn sein Gewebe durch den Gebrauch von Alkohol und Nikotin nicht Not gelitten habe.

Der Praktiker, welcher sich für die Ausübung seines Berufes alle Fortschritte in der Medizin zu Nutzen machen will, muss nach absolviertem Staatsexamen die betreffenden Spezialstudien kultivieren, aber auch die erforderliche Zeit dafür aufwenden, um nicht hinterher doch nur elende Stümperei zu treiben. Denselben Weg, nur weit gewissenhafter, hat der Spezialarzt, der werdende,

zu betreten. „Dann aber tritt auch der Wert und Nutzen, der in der eingehenden Beschäftigung mit einem kleinen Wissensabschnitte liegt, in seinem vollen Werte hervor. Hier wird der Strebsame den Fortschritten folgen, sie selbst bei Anlage und Fleiss herbeiführen können; auf allen Bahnen, selbst wenn sie auch im Gebiete des für das Leben ergriffenen Fachstudiums verlaufen, mit an der Spitze zu marschieren, ist unmöglich; bald wird und muss man in den Nachtrab kommen! Aber wenigstens in Einem zu der tête zu gehören, das hält den Blick frei, gibt ächtes wissenschaftliches Selbstbewusstsein, Unabhängigkeit und Freiheit des Denkens! Aber gleichzeitig schützt das Verständnis für die Ziele der anderen Bahnen, das Bewusstsein, einen wie kleinen Teil des grossen wissenschaftlichen Gebietes das Spezialfach einnimmt, auch vor persönlicher Überhebung und Überschätzung der spezialistischen Leistungen und Funde. So werden die Gefahren des Spezialistentums schwinden und nur der Segen und Nutzen, der in ihm liegt, zur Geltung kommen.“ (Schmidt-Rimpler.)

Unser Spezialfach wird bis jetzt allgemein als ein Adnexum der „inneren Medizin“ oder der „Chirurgie“ oder beider angesehen, und so hat es denn auch noch keine offizielle Vertretung im Lehrkörper der Universität gefunden. Das hat zur Folge, dass seine Bedeutung von vornherein unterschätzt wird, und weiter, dass es so lange gedauert hat, bis es sich zu der Bedeutung emporschwingen konnte, die es zu beanspruchen und nunmehr auch errungen hat. Es ist vollkommen unmöglich geworden, dass Jemand, er sei auch noch so be-
anlagt, neben seinem Hauptfache, sei es nun innere Medizin oder Chirurgie, noch Laryngologie, Pharyngologie und Rhinologie so betreiben kann, wie es die jetzigen Fortschritte unserer Wissenschaft fordern. Es ist für einen fleissigen Menschen, hat er eine einigermaassen erhebliche Praxis zu versehen, eine schon ganz beträchtliche Arbeit, in unserem Fache sich auf dem Laufenden zu erhalten; denn will man an der tête bleiben, so muss man die Litteratur tüchtig studieren, aber nicht nur die deutsche, sondern auch die englische und französische; und dazu kommt in neuerer Zeit auch noch die italienische; die in anderen Sprachen, als den genannten, geschriebenen Arbeiten muss man daneben dann aus Referaten kennen lernen.

Die Bedeutung unserer Spezialität für die Gesamt-Medizin wird heutzutage wol Niemand mehr bezweifeln wollen, wie auch die Ausdehnung des in jener niedergelegten allgemein Wissenswerten überaus augenfällig ist. Es sind also die Bedingungen gegeben, welche einer Spezialität ein Recht auf Vertretung im offiziellen Lehrkörper der Universität geben. Man enthalte ihr deshalb ihr Recht nicht länger vor, sondern gewähre ihr die letzte Bedingung, welche ihr zu ihrer vollen Entwicklung noch fehlt. Die scheinbare Trennung wird zu einer nur um so innigeren Vereinigung mit der Allgemeinmedizin führen!

II. Untersuchung des Rachens, des Nasenrachenraumes und der Nase.

Ich erspare es mir, die verschiedenen Untersuchungsmethoden, sowie deren Geschichte hier durchzugehen. Ich verweise diesbezüglich auf die einzelnen Schriften und Bücher, die im Verlaufe dieser Abhandlung sich zitiert finden werden.

Ich selbst benutze als Lichtquelle einen Argand-Brenner mit dunkelblauem Zylinder. Den Reflektor, mit einem Durchmesser von 10·5 Cm., befestige ich mit einem um den Kopf gelegten Bande vor der Stirne.

Wenn Voltolini¹⁾ dem Sonnenlichte zu Beleuchtungszwecken einen ganz ausserordentlichen Vorzug einräumt, so kann man dagegen an sich nichts einwenden. Allein, wenn die Sonne auch scheint, so ist man doch oft nur mit grossen Opfern in der Lage, sie zur Spekulierung benutzen zu können. Voltolini meint zwar, man müsse seine Wohnung so auswählen, dass man das Sonnenlicht benützen könne; doch das ist wohl zu viel verlangt! Für gewöhnliche Zwecke reicht eine gute künstliche Lichtquelle vollkommen aus; bedarf man einer intensiveren Beleuchtung, so mag man zwischen Sonnen-, Magnesium- oder elektrischem Lichte wählen.

Bei der Untersuchung des Pharynx benütze ich zur Fixierung der Zunge die modifizierten (von wem?) Türk'schen Zungenspatel²⁾, die ich in Grösse und Zahl verändern liess. Einem besonderen Bedürfnisse scheint mir der Kinderspatel Nr. 0 zu entsprechen. Die bisher bekannten Mundsperrer sind zu kompliziert

¹⁾ Die Rhinoskopie und Pharyngoskopie für Spezialisten, Chirurgen und praktische Ärzte dargestellt. Breslau. Morgenstern, 1879. 2. Auflage, Seite 27 u. ff.

²⁾ Dieselben liefert H. Reiner, Wien, IX., Van Swietengasse Nr. 10, aus Neusilber 2 Blatt mit Griff für 3 fl. ö. W. oder 5.50 Mk.; jedes weitere Blatt kostet 90 kr. ö. W. oder 1.60 Mk.

und in Folge dessen zu teuer. Als der beste erschien mir stets noch der von Whitehead. Mein Kinderspatel hält die Zunge zur Genüge nieder; auch sind die wenigsten Kinder im Stande, bei richtig gehaltenem Spatel den Mund zu schliessen. Sie öffnen denselben schon aus dem einfachen Grunde des Schreiens. Zudem setzt mich mein Spatel in den Stand, einen beliebigen Druck auf die Zunge auszuüben und auch jeder Zeit rasch die Mundhöhle wieder zu verlassen. Führt man zu dem Spatel noch einen Spiegel in den Pharynx ein, so vermag man bei Kindern in der Einatmungsphase den Kehlkopf leicht zu übersehen.

Fig. 1.

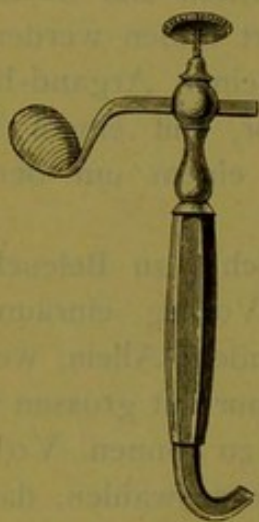


Fig. 2.

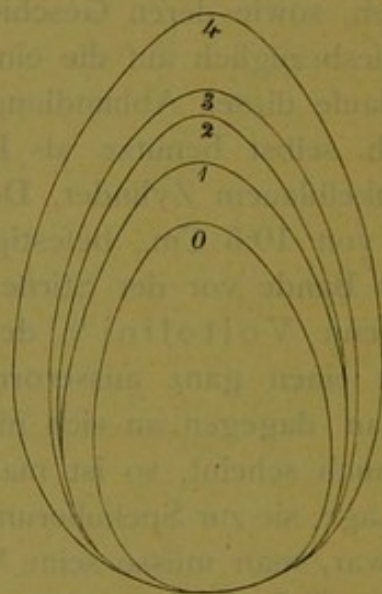


Fig. 1 stellt den Griff mit einem eingeschraubten Spatel dar. Wie aus der Zeichnung leicht zu ersehen, vermag man den Spatelstiel nach Belieben zu verlängern oder zu verkürzen.

Fig. 2 gibt die verschiedenen Spatelnummern in natürlicher Grösse. Nr. 1 ist für grössere Kinder, während Nr. 2—4 für Erwachsene bestimmt sind.

Um den Nasenrachenraum meinem Auge zugänglich zu machen, bediene ich mich neben dem Spatel noch eines Rachen spiegels und zwar der Nr. 0—2. Ich gebrauche niemals einen Haken zum Abziehen des Gaumensegels; man bedarf desselben nicht und den Kranken ist er nicht angenehm. Ich komme später darauf noch zurück.

Jeder, der den Rachenraum mit Spatel und Spiegel zu untersuchen sich einmal bemüht hat, muss die Beobachtung

gemacht haben, dass die Rachengebilde der einzelnen Menschen eine verschieden hohe Empfindlichkeit gegen Berührung, Zug, Druck u. dgl. besitzen. Nach meiner Beobachtung resultiert dies fast einzig und allein aus einem bestehenden chronischen Rachenkatarrhe granulärer Natur; die Fälle akuter Entzündung der Rachengebilde kommen hier nicht in Betracht, weil sie unserer Erörterung entzogen sind. Die Mittel und Wege, welche meines Wissens gegen die einer Untersuchung besonders des Nasenrachenraumes im Wege stehende übergrosse Empfindlichkeit der Rachenorgane in Vorschlag gebracht worden sind, entbehren sämtlich der notwendigen Zweckmässigkeit und Natürlichkeit. Sie sind entweder Gewaltmittel oder Vorschläge ganz richtiger Natur, wenn eben der Kranke den ihm durch seinen chronischen Rachenkatarrh verursachten Reiz nicht besässe.

Es ist notwendig, ein sehr warm empfohlenes und deshalb auch viel versuchtes Instrument einer besonderen Besprechung zu unterziehen. Voltolini¹⁾ rät in den hier in Rede stehenden Fällen zur Anwendung eines Gaumenhakens, da „das Gaumensegel einen kräftigen, handfesten Zug mit einem massiven, schwerfälligen Spatel, welcher bis an die Choanen, d. i. bis an den Ansatz des Velum am harten Gaumen hinaufreicht, leichter verträgt, als einen gelinden Reiz und einen Zug, welcher bloss das Gaumensegel für sich erfasst“. Durch dieses Verfahren gelange man „immer, selbst bei Kindern, sofort zum Ziele und zwar ohne alle Umständlichkeiten und diffizile Manöver“.

Dieser Haken, von E. Pischel in Breslau verfertigt, wird angewendet, indem man „mit dem Zeigefinger der linken Hand kräftig die Zunge des Patienten hinunter drückt und nun schnell mit dem Haken ganz dreist und ohne alle Umstände und Vorbereitungen hinter das Gaumensegel hoch hinauf bis an die Choanen geht und jenes kräftig nach aussen zieht“.

Voltolini fügt hinzu, dass er noch keinen Patienten gefunden habe, welcher das Anlegen des Hakens nicht vertragen hätte. Anders verhielte es sich mit dem Hervorziehen des Gaumensegels. „In den meisten Fällen kann man sofort hinter das Velum gelangen, nur in einzelnen Fällen kontrahiert sich dasselbe schon beim Hinabdrücken der Zunge so stark, dass es an der hinteren Rachenwand liegen bleibt. In solchem

¹⁾ a. a. O. Seite 16 u. ff.

Falle geht man dreist mit dem Haken an die hintere Rachenwand und lasse ihn hier ruhig gleichsam auf der Lauer liegen, bis das Velum Miene macht, sich zu lüften — was in der Regel bald geschieht — dann dringe man schnell mit dem Haken hinter dasselbe. Will man nicht auf diese Erschlaffung des Velum warten, so kann man auch mit Gewalt hinter dasselbe dringen, und gelingt es dann auch unschwer, den Haken hinaufzubringen — nur hüte man sich dabei vor Verletzung der Schleimhaut und verfare also dabei etwas vorsichtig! In den meisten Fällen kann man das Gaumensegel beliebig stark nach aussen ziehen, ja in manchen Fällen erschrickt man gleichsam darüber, wie das Velum dem Zuge folgt, als wollte es mit sammt dem Spatel zum Munde herauskommen und wie Gummi dehnt es sich lang nach aussen. Will aber das Gaumensegel nicht sofort dem Zuge folgen, so kann man dies zwar auch oft mit Gewalt erzwingen, besser ist aber dies nicht zu tun, sondern zu warten, bis das Velum erschlafft und dann gradatim dem Zuge folgt, oder man sucht es durch physiologische Manöver zu erzielen. Hierzu eignet sich ganz besonders, dass man dem Kranken aufgiebt — sit venia verbo — eine Riechbewegung zu machen, als wenn er einen riechbaren Stoff kräftig durch die Nase einziehen wollte, und diese Bewegung kann man in Pausen, absatzweise wiederholen lassen; mit jeder solchen neuen Riechbewegung rückt das Velum dann gradatim nach aussen. Alles dieses geschieht selbstverständlich, während der Haken hinter dem Velum liegen bleibt und seinen Zug nach aussen immer allmählig fortsetzt und verstärkt. Man lasse sich nur durch etwa anfangs auftretende Würgbewegungen durchaus nicht irre machen und lasse den Haken ruhig liegen. — Der Sturm beruhigt sich bald, indem man mit Ernst oder Freundlichkeit dem Patienten zuredet. Statt jener Riechbewegung kann man auch „on“ sagen oder eine Schlingbewegung machen lassen, die der Patient bei offenem Munde zwar nicht ausführen kann, es kommt aber nur auf die Intention an; diese genügt.“

Zum Gebrauche des Gaumenhakens benötigt man auch eines von Voltolini eigens konstruierten Zungenspatels¹⁾, will man den

¹⁾ a. a. O. Seite 20 u. ff.

Nasenrachenraum spekulieren. „Der Zungenspatel hat am Unterkiefer seinen Stützpunkt und man kann mittelst des Sperrhakens beliebig stark die Zunge herabdrücken und schnell auch wieder befreien durch Lösung des Sperrhakens. Der eigentliche Spatel kann sofort herausgezogen werden, wenn man auf den Sperrhaken drückt, so dass man für verschiedene Personen, für Kinder oder Erwachsene, einen anderen Spatel einschieben kann — lang oder kurz, wie man ihn nötig hat.“

Ich bin mit den beiden Voltolini'schen Instrumenten nicht so glücklich gewesen, wie dieser. Ich würde denken, das läge an mir, wenn nicht Umstände vorlägen, welche andere Ursachen als näherliegend hervortreten liessen. Da ist vor allen Dingen der Widerwille, den insbesondere das weibliche Geschlecht der Gewalt und dem Zwange, welche besonders mit dem Gaumenhaken ausgeübt werden müssen, entgegensetzt. Man mag auch noch so ruhig und stetig das Instrument wirken lassen, es wird doch von Niemanden geliebt; vielmehr verlangt Jedermann nach einer anderen milderen Untersuchungsmethode. Solche Wünsche müssen wir berücksichtigen, weil und wenn sie ohne Nachteil erfüllt werden können. Und für gewöhnlich sind wir dazu im Stande; denn nur selten ist Gefahr im Verzuge.

Voltolini legt nun aber auch ein grosses Gewicht darauf, bei einer einmaligen Konsultation, z. B. von Durchreisenden, eine bestimmte Diagnose stellen zu können, wenn auch eine Untersuchung des Nasenrachenraumes in der gewöhnlichen, einfachen Weise nicht ermöglicht werden könne. In solchen Fällen mag, wenn es für notwendig und zweckdienlich gehalten wird, der Gaumenhaken seine Anwendung erfahren.

Ich selbst benutze alsdann lieber den Zeigefinger der linken Hand, mit welcher Methode ich alles Wissenswerte zur Abrundung der Diagnose eruieren kann. Gehört die Untersuchung des Nasenrachenraumes mittelst des Fingers auch keineswegs zu den angenehmen Prozeduren, so macht sie dem Patienten doch nicht so viele Beschwerden, wie die Applikation des Gaumenhakens, der doch manchmal nicht „sofort“ zum Ziele führt.

Voltolini¹⁾ bemerkt nicht mit Unrecht, dass es „nicht immer leicht sei, mit dem Finger sofort hinter das Gaumensegel

¹⁾ a. a. O. Seite 156.

zu gelangen.“ Für solche Fälle empfiehlt er seinen Gaumenhaken, „mit welchem man erst das Gaumensegel von der hinteren Rachenwand abzieht und dann schnell mit dem Finger hinter dasselbe hinaufdringt.“ Ich für meine Person glaube, dass man in solchen schwierigen Fällen mindestens ebenso rasch und leicht den Finger wie den Gaumenhaken hinter das Velum hinaufzubringen vermag; sicherlich wird man mit dem Finger viel weniger leicht Verletzungen hervorbringen, als mit dem Gaumenhaken!

Ich sagte oben, dass der Gaumenhaken zur Untersuchung des Nasenrachenraumes überhaupt nicht nötig sei. Um dies zu erweisen, muss ich auf die Ursachen der meist schwierigen Untersuchung jener Höhle, mittelst Spiegel vom Rachen aus, eingehen.

Fast jeder Mensch leidet an einer chronisch-katarrhalischen Affektion der Schleimhaut der Rachenorgane und zwar fast ausnahmslos auf der Basis der sog. Pharyngitis granulosa, für welche zwei Behauptungen später noch die Gründe folgen werden. Je höhere Entwicklung nun diese Erkrankung aufweist, und je sensibler das betreffende Individuum überhaupt ist, desto schwieriger wird die Spekulierung des Rachens sich gestalten.

Sind die Seitenteile des Rachens, insbesondere die Gegend hinter den Mandeln stark affiziert, d. h. stark gewulstet und gerötet, sind die Gaumenbögen durch den stets weiter sich ausdehnenden Katarrh schon in den Bezirk der Schwellung einbezogen, so genügt oft schon ein einfaches Hervorstrecken der Zunge, um heftige Würgbewegungen hervorzurufen. Denselben Effekt erzielt man in solchem Falle auch durch Niederdrücken der Zunge, wenn es auch noch so langsam und stetig geschieht. Denn hierdurch werden die geschwellten Gaumenbögen und die im Zustande der Entzündung befindlichen Seitenteile des Rachens erheblich gezerrt. Nicht zu übersehen ist hierbei auch die meist durch starke Röte und Schwellung ausgezeichnete Uebergangsfalte des vorderen Gaumenbogens in die Schleimhaut der Zunge, an welcher Stelle die Follikel auch stark entwickelt sind. Kann man doch durch direkte Reizung dieser Stelle mittelst einer Sonde sehr leicht Würgbewegungen hervorrufen.

Diese durch die chronisch-katarrhalische Affektion der Rachenschleimhaut hervorgerufene übergrosse Empfindlichkeit

bei der Einführung von Instrumenten in den Mund und Rachen muss vermindert werden. Alsdann wird man auch mit Leichtigkeit den Nasenrachenraum untersuchen, ja sogar die Choanen vollkommen ausreichend zu Gesicht bekommen können.

Am leichtesten wird nach meiner Erfahrung diese Hyperästhesie der Rachenschleimhaut durch zweckentsprechende Behandlung des chronischen Rachenkatarrhes, der Grundursache der ersteren, herabgestimmt, ja beseitigt.

Ich habe gefunden, dass Pinselungen der gesamten Rachenschleimhaut mit Jodglyzerin am raschesten zum Ziele führen. Ich habe drei verschiedene Mischungen, die ich mit Nr. I, II und III bezeichne. Die Zusammensetzung ist folgende:

		Nr. I	Nr. II	Nr. III
Jodi puri	ana . . .	0·5	0·75	1·0
Kalii jod.				
Glycerini		25·0	25·0	25·0

Ich fange fast stets mit Nr. I an, und sehe am dritten Tage nach dem Erfolge. Wurde das Brennen nach der Pinselung nicht länger als bis zu drei Stunden empfunden und ist die Hyperästhesie noch nicht beseitigt, so pinsele ich meist mit Nr. II; ist der Rachenkatarrh mässiger Art, so genügt Nr. I. Im Durchschnitte bedarf es dreier Pinselungen. Die dritte findet nach einem überschlagenen, also wieder am dritten Tage statt. Je nach der Intensität der Rachenkatarrhes nehme ich Nr. III; meist genügt aber Nr. II. Nach der dritten Pinselung, besonders wenn man Nr. III genommen hatte, ist es vorteilhaft, bis zum vierten Tage mit jeder weiteren Ordination zu warten. Bis dahin ist auch die reaktive Reizung der Schleimhaut geschwunden, und in den allermeisten Fällen kann ich alsdann die Spekulierung des Nasenrachenraumes in der wünschenswerten Weise vornehmen. Manchmal ist schon nach einer einzigen Pinselung die übergrosse Empfindlichkeit der Rachenschleimhaut so weit herabgesetzt, dass ich zu dem erstrebten Ziele gelange.

Selbstredend muss, soll Alles nach Wunsch gehen, das Rauchen strikte untersagt werden; dasselbe gilt von dem Genuss scharf gewürzter, sowie sehr saurer Speisen. Auch Bier und Spirituosen müssen ihres unliebsamen Einflusses wegen verboten werden.

Bei der Untersuchung selbst ist ein Hauptforderniss

guten Gelingens, dass der Kranke den Mund gehörig öffnet und während der Untersuchung auch so unverändert geöffnet hält; dann, last not least, dass er schon, bevor der Spatel in den weit geöffneten Mund eingeführt wird, ruhig und gleichmässig durch den Mund atmet.

Die meisten Menschen genießen sich auszuatmen; bei blossem Einatmen kann natürlich die Spekulation des Nasenrachenraumes nicht gelingen. Auch wird dieselbe sehr erschwert, wenn der Kranke, bevor der Spatel die Zunge niederdrückt, durch die Nase atmet; in solchem Falle muss der Spatel die Zunge vom Gaumen entfernen, und dieser Eingriff ruft sehr leicht eine Unterbrechung der Atmung sowie auch einen direkten Reiz an der Gaumenschleimhaut und dadurch Würgbewegung hervor. Ist der Kranke so ungeschickt, nicht von selbst durch den Mund atmen zu können, was übrigens nicht selten vorkommt, so muss man ihm, bevor der Spatel in den Mund eingeführt wird, die Nase zuhalten und dies so lange fortsetzen, bis er ruhig und gleichmässig durch den Mund atmet. Atmet der Kranke durch die Nase, so stemmt er gewöhnlich auch die Zunge gegen die unteren Schneidezähne oder sogar über diese hinaus, und solches Verhalten bietet ein neues Hinderniss für ein leichtes und ruhiges Niederdrücken der Zunge.

Von Wichtigkeit natürlich ist auch die Haltung des Spatels selbst. Je ruhiger derselbe liegend erhalten wird, je langsamer das Niederdrücken desselben stattfindet, desto weniger wird der Kranke belästigt und desto ruhiger natürlich wird seine Rachenmuskulatur sich verhalten. Auch die Schlingbewegungen, die meist ohne besonderes Bedürfniss geschehen, müssen untersagt werden; meist werden dieselben daraufhin sofort unterlassen: übrigens vermindert sich die Neigung zu solchen mit jeder Untersuchung.

Ich sprach bisher nur von solchen Kranken, die den wirklichen guten Willen haben, zur Untersuchung sich ruhig zu halten. Es gibt aber nicht wenige, die wol guten Willen, aber gar keinen Mut besitzen. Sie fragen zuerst, ob die Untersuchung Schmerz bringe. Verneint man nun dies mit Ernst und Entschiedenheit, so schenken die meisten sofort Vertrauen. Eine kleine Anzahl aber hegt trotz alledem Misstrauen, weil sie glaubt, dass die Ärzte die Schmerzhaftigkeit dieser oder jener

Operation oder Manipulation, die gerade vorzunehmen ist, zumeist leugnen, ohne der Wirklichkeit Rechnung zu tragen¹⁾. Es bedarf in solchen Fällen vieler Geduld und ruhigen Blutes, um zum Ziele zu gelangen. Diese, dem Arzte den Beruf erschwerenden Kranken gestatten nie die Anwendung des Voltolini'schen Gaumenhakens.

Bezüglich des Pinsels habe ich zu bemerken, dass ich Haarpinsel an starkem Draht, den ich in einen Griff, wie ich solche zu den Rachenspiegeln²⁾ gleichfalls benutze, einschrauben kann. Die Befestigungsstelle der Haare ist mit vulkanisiertem Gummi überzogen. Dicht hinter diesem Überzuge gebe ich dem Drahte eine leichte Krümmung oder Abbiegung, so dass ich mit dem Pinsel bequem in den oberen Rachenraum gelangen kann. Ich lege ein Hauptgewicht darauf, dass bei Pinselungen der Rachenhöhle nicht nur der direkt sichtbare Teil getroffen wird, sondern besonders auch die obere Hälfte derselben. Wenn man nur geradeaus pinselt, so trifft man die Seitenteile, die doch die empfindlichsten sind, am allerwenigsten; sicherlich aber bleibt die Hinterfläche des Gaumensegels unberührt.

Der von Voltolini modifizierte Ash'sche Zungenspatel entspricht, soviel ich beurteilen kann, den an ihn zu stellenden Anforderungen ebenso wenig, wie der Gaumenhaken. Der Spatel soll den Zungenrücken, respektive Zungenrund — denn dieser ist dem Untersuchenden am meisten hinderlich — hinabdrücken, damit die Besichtigung des Rachenraumes ermöglicht wird. Will man nun auch noch einen Spiegel einführen, um den Nasenrachenraum übersehen zu können, so ist ein möglichst tiefer Stand des Zungengrundes zum wenigsten erwünscht, wenn nicht erforderlich.

¹⁾ Es ist sehr bedauerlich, wenn das Publikum bezüglich der hier angezogenen Frage der Wahrhaftigkeit der Ärzte nicht mehr Vertrauen schenkt; denn es kostet schwere Kämpfe, solches Misstrauen wieder zu beseitigen. Darum verhehle ich niemals, ob die Operation oder Manipulation, die ich vornehmen will, schmerzhaft, empfindlich oder nur unangenehm ist, wobei allerdings nicht ausser Acht zu lassen ist, dass die verschiedenen Individuen auf die einzelnen Eingriffe verschieden reagieren. Mag es eine üble Ausnahme sein, in solcher Weise einem Feiglinge nicht helfen zu können; ein grösseres Übel ist doch wol die Förderung des Misstrauens in die Wahrhaftigkeit des Arztes.

²⁾ Diese Instrumente sind von H. Reiner in Wien zu beziehen.

Dieses aber vermag ich mit dem Voltolini'schen Spatel nicht zu erreichen. Im Gegenteil hat die Zunge, da der Spatel nur ganz vorne an den Zähnen und am Kinn fixiert ist, reichlichen Spielraum, um die Untersuchung des Nasenrachenraumes zum mindesten erheblich zu erschweren. Der Voltolini'sche Spatel scheint mir in Folge seiner Konstruktion und Anwendungsweise die Zunge gar nicht dort, wo es notwendig ist, nämlich in ihrer hinteren Hälfte, niederdrücken zu können; und darin finde ich den Grund seiner Unbrauchbarkeit.

Habe ich wirklich einmal eine dritte Hand nötig, so nehme ich diese am liebsten vom Patienten selbst. Derselbe vermag meist nach kurzer Instruktion den Spatel so gut zu fixieren, als ob man selbst ihn in der Hand hätte. Übrigens kommt solches ja auch nicht allzuhäufig vor, da man die meisten Operationen, die im Nasenrachenraume vorzunehmen sind, von der Nase aus zu bewerkstelligen vermag.

Wenn Gottstein¹⁾ meint, „man habe es durchaus nicht nötig, den Spatel bis auf die hintere Hälfte der Zunge zu führen, sondern dass man am besten tue, mit dem vorderen Rande des Spatels in der Mitte die Zunge niederzudrücken, und dass der Ash'sche Spatel trotzdem oder weil er nur den vorderen Teil der Zunge fixiere, für manche Fälle ganz gut verwendbar sei“, so kann ich dem, wie das vorher Gesagte zeigt, nicht beipflichten.

Licht und Raum sind zur Untersuchung der Rachenhöhle vor allen Dingen erforderlich. Wenn ich nur die vordere Hälfte der Zunge mit dem Spatel niederdrücke, so veranlasse ich den Kranken, die Zunge hinten zu wölben und mit dem Gaumensegel in Berührung zu bringen. Dadurch gelangt der Kranke gewöhnlich zum Atmen durch die Nase, was eine Untersuchung der Rachenhöhle direkt verhindert.

Ich komme jetzt zur Untersuchung der Nasenhöhle von vorne. Zu diesen Zwecke benütze ich zwei Instrumente, ein sogenanntes Nasenspekulum und eine Myrtenblattsonde.

Das Spekulum ist ein von mir modifiziertes Duplay'sches. Ich muss hier vorab bemerken, wie es auch schon anderwärts¹⁾

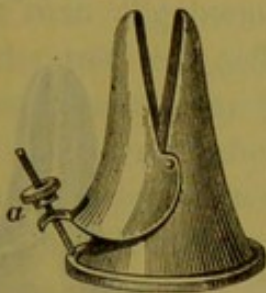
¹⁾ Breslauer ärztliche Zeitschrift 1881. Nr. 10, Seite 116.

¹⁾ Medizin.-chirurg. Zentralblatt 1880. Nr. 1 und 2.

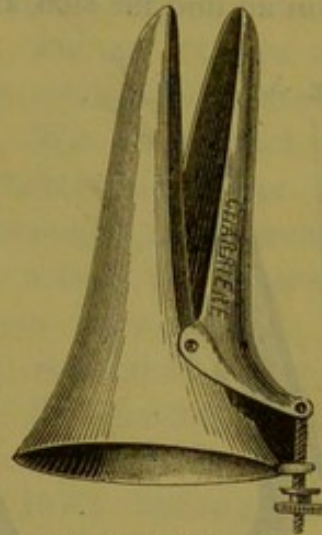
geschehen ist, dass ich nicht von dem so vielfach und fast ausschliesslich erörterten und abgebildeten Duplay spreche (Fig. 3), sondern von einem neueren Instrumente (Fig. 4), welches ein

Fig. 4.

Fig. 3.



(Verkleinert.)



(Natürl. Grösse.)

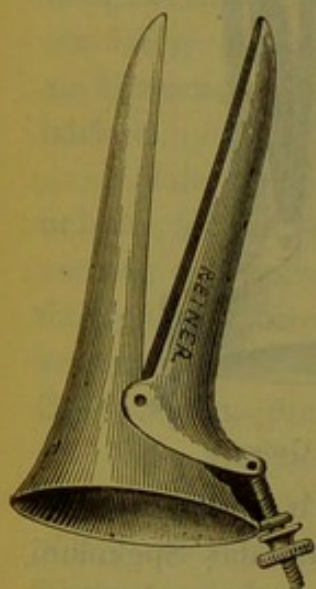
Kollege im Jahre 1876 aus Paris nach Wien mitbrachte; es war von Charrière gearbeitet. Ich versuchte das Spekulum, fand jedoch, dass die Spitze zu stumpf, auch etwas zu kurz sei. Ich liess deshalb von Reiner in Wien damals ein neues Spekulum (Fig. 5) anfertigen. Es war durchaus nach dem neuen Duplay¹⁾ gearbeitet, nur stellte es sich etwas länger und schlanker dar, welche Modifikation sich mir in der Folge als sehr zweckmässig erwies. Ich bezeichne dieses Spekulum (Fig. 5) mit Nr. 1. Nach dem gleichen Prinzip liess ich später ein Spekulum für Kinder anfertigen (Fig. 6) und bezeichnete dieses mit Nr. 0.²⁾ Beide sind aus Neusilber gefertigt. In Fig. 7 gebe ich noch die Abbildung des Voltolini'schen Spekulums. Fig. 3 und 7 sind im verkleinerten Maassstabe ausgeführt, während Fig. 4, 5 und 6 in natürlicher Grösse die betreffenden Instrumente darstellen.

¹⁾ Es mag mir übrigens hier gestattet sein, zu bemerken, dass Voltolini (a. a. O. Seite 65) — und auch von Anderen ist es mir bekannt — das Spekulum von Robert und Collin (Leiter's Katalog 1876, Tafel XIII und XIV, Nr. 2) mit dem von Duplay, welches ich meine, (Windler's Katalog 1877, I. Abtlg. X, Nr. 389) verwechselt. Voltolini zeichnet sein Duplay'sches Spekulum etwas weniger breit als Leiter in seinem Katalog. Übrigens habe ich selbst früher das Spekulum von Robert und Collin für einen Duplay gehalten.

²⁾ Meine Nasenspekula (5 und 6) liefert nur H. Reiner in Wien, IX., van Swietengasse 10, zu dem Preise von fl. 2.80 ö. W. oder Mk. 5.0 per Stück.

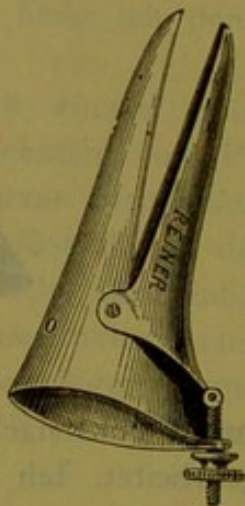
Das von Voltolini als Duplay'sches Spekulum bezeichnete Instrument (Fig. 3) zeigt die Schraube nach der Nasenseite hin angebracht, während dies beim wirklichen Duplay (Fig. 4) in umgekehrter Richtung der Fall ist. Hieraus ergibt sich schon an und für sich, dass das letztere Instrument bequemer

Fig. 5.



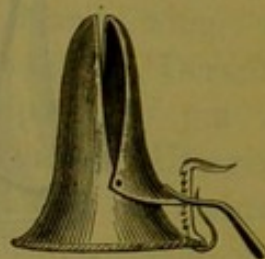
(Natürl. Grösse.)

Fig. 6.



(Natürl. Grösse.)

Fig. 7.



(Verkleinert.)

zu handhaben ist; ausserdem ist es schlanker und verjüngt sich nicht so plötzlich wie jenes. Aber es ist doch an seinem vorderen Ende noch zu dick; wenigstens gibt es sehr viele Nasen von Erwachsenen, bei denen es nicht brauchbar ist, weil die Nasenöffnungen so klein sind, dass man die Blätter des Spekulum, wenn dieses eingeführt ist, nicht oder doch nicht genügend weit von einander zu entfernen vermag, so dass ein hinreichender Einblick in die Nase nicht erlangt werden kann.

Dadurch, dass ich den Duplay'schen Spiegel an seinem vorderen Ende graziler gestaltete, musste derselbe auch notwendig länger werden (Fig. 5), denn sonst hätte das Spekulum, weil die Verjüngung zu rasch erfolgte, in der Nasenöffnung zu wenig Halt gefunden. In entsprechender Weise habe ich auch mein Nasenspekulum für Kinder (Fig. 6) ausführen lassen.

Ich muss hier noch rechtfertigen, dass ich meine Nasenspekula mit einer Schraube, und nicht mit einem Sperrhaken anfertigen lasse. Voltolini¹⁾ bezeichnet die Schraube als

¹⁾ a. a. O. Seite 66.

„langweilig“; man brauche so viel Zeit dabei; ausserdem komme das Instrument während des langen Schraubens leicht aus der ihm anfangs gegebenen Stellung. Alle diese Übelstände beseitige der Sperrhaken.

Ich glaube nicht, dass solche Beweisführung die richtige ist. Ich möchte nur daran erinnern, wie es als eine allgemein anerkannte Tatsache gilt, dass in solchen Verhältnissen die Angewöhnung die Hauptrolle spielt. Wie lange doch hat man sich darum gestritten, welcher Reflektor der beste sei. Und nun ist man allgemein zu der Überzeugung gekommen, dass dies Jeder mit sich selbst abmachen müsse. Ich untersuche am bequemsten mit dem Stirnreflektor an einem Bande. Wer mit diesem nicht umzugehen gelernt hat, resp. nicht an ihn gewöhnt ist, wird nie eine Untersuchung mit ihm machen können. Ja, wer an einen Reflektor mit Stirnband gewöhnt ist, wird schwer mit einem solchen, der an einer Brille befestigt ist, fertig werden. Aus diesem Grunde muss ich den Streit über die Zweckmässigkeit der Schraube oder des Sperrhakens an einem Nasenspekulum für einen müssigen halten. Viel zu weit aber geht Voltolini, wenn er, um die Vorzüge des Sperrhakens zu illustrieren, sagt: „Wer ab und zu etwa einen Patienten zu untersuchen hat, für den mag die Schraube allenfalls genügen, wer aber viele Patienten zu untersuchen und in einer Stunde etwa Zehn solche operieren soll, der kann sich mit der langwierigen und langweiligen Schraube nicht aufhalten.“ Das wird für Manchen zutreffen, kann aber deshalb doch keine allgemeine Geltung beanspruchen.

Zu Gunsten aber der Schraube möchte ich noch geltend machen, dass sie den Kranken viel weniger beleidigt, als ein plötzlich einschnappender Sperrhaken. Dass die Kranken beim Öffnen und Schliessen des Sperrhakens „erschrecken“, gibt Voltolini selbst zu. Seine Meinung, dass das Instrument mit dem Sperrhaken nicht mehr Schmerz verursache, als ein solches mit einer Schraube, kann ich nicht teilen. Es ist doch nicht zu bestreiten, dass ein stetig wirkendes Instrument leichter ertragen wird, als ein ruckweise sich geltend machendes. Und jenes wird doch gewiss nur deshalb leichter ertragen, weil es weniger Schmerz hervorruft.

Für gewöhnlich gebraucht man die Nasenspekula in horizontaler Richtung, d. h., man legt das eine Blatt an die Scheide-

wand und das andere gegen den Nasenflügel. Ich gebrauche dieselben aber durchgehends in vertikaler Richtung, weil ich dadurch einen grösseren Raum der Nase zu gleicher Zeit übersehen kann. Übrigens erweisen sich die Kranken gegen diese Anwendungsweise weniger empfindlich, als gegen die andere.

Die Zaufal'schen Nasenrachentrichter haben neuestens in Habermann¹⁾ einen sehr warmen Verteidiger gefunden. Seine Untersuchungen in 674 Fällen ergaben: „1) dass die Untersuchung des Nasenrachenraumes mit 10 bis 11·5 Cm. langen Trichtern eine nicht blos in Ausnahmefällen ausführbare, sondern eine allgemein verwendbare Methode ist, die auch ohne Zuhilfenahme der Rhinoscopia posterior uns vollkommen über den Befund im Cavum pharyngo-nasale aufzuklären im Stande ist; 2) dass auch die engen Nummern der Trichter, 3 und 4, ein klares und übersichtliches Bild des Cavum pharyngo-nasale geben; 3) dass die Übelstände, die mit dieser Methode verbunden sein sollen, als Schmerzen und Blutungen, zu unbedeutend sind, um ein ernstliches Hinderniss für den Gebrauch dieser Methode bilden zu können.“

Zur Untersuchung und Behandlung der Nasenhöhle selbst sind mir die Zaufal'schen Nasenrachentrichter seither vollständig entbehrlich gewesen. Es ist ganz irrig, zu glauben, es sei notwendig zur Untersuchung der Nase von vorne, die geschwellte Schleimhaut der Muscheln und der Scheidewand bei Seite zu schieben. Finde ich solche Zustände in der Nase vor, so weiss ich sofort, dass ich einen chronischen Nasenkatarrh — akute Katarrhe pflegen nur selten zur ärztlichen Behandlung zu kommen — vor mir habe; und darnach habe ich sodann meine Behandlung einzurichten. So halte ich es also für gänzlich überflüssig, sogleich alle Winkel der Nasenhöhle untersuchen zu wollen; denn man findet überall dasselbe: Schwellung und Sekret. Ausgebildete Polypen verbergen sich selten hinter den Schwellungen der Nasenschleimhaut; wenn solches wirklich einmal stattfindet, so wird nichts versäumt, wenn deren Beseitigung erst nach Abschwellung der Schleimhaut stattfindet. Liegen besondere Gründe (Fremdkörper, spezifische Prozesse etc.) zu

¹⁾ Beitrag zur Untersuchung des Cavum pharyngo-nasale mit den Zaufal'schen Nasenrachentrichtern. Sep.-Abdk. a. d. Wiener mediz. Presse 1881. Nr. 23, 24, 25.

einer eingehenden Untersuchung der Nasenhöhle gleich in der ersten Sitzung vor, so erreicht man seinen Zweck mit einer einfachen Myrtenblattsonde viel eher, als mit den Zaufal'schen Trichtern.¹⁾

Wenn Habermann²⁾ meint, dass sowol für die Diagnose wie auch für die Therapie der Erkrankungen des Nasenrachenraumes die Zaufal'schen Trichter „unentbehrlich“ seien, so ist dies doch wol zu enthusiastisch gedacht. Dieselben werden die rhinoskopische Untersuchung, wie ich glaube, nie überflüssig machen; und ich bezweifle sehr, ob durch jene „auch der (in der Handhabung des Rhinoskopes) minder Geübte die lokale Therapie der Erkrankungen des Nasenrachenraumes leicht handhaben lernen“ wird. Nach meiner Meinung wird derjenige, welcher nicht rhinoskopieren kann, die Zaufel'schen Trichter nie mit Vorteil verwenden können, weil er das, was er durch die Trichter sieht, in solchem Falle nicht zu taxieren vermag. Gern aber gebe ich zu, dass „die Trichter uns am häufigsten bei der Behandlung der adenoiden Vegetationen Dienste zu leisten“ vermögen.

Will man in geeigneten Fällen physiologische Untersuchungen anstellen, so mögen die Trichter sich auch als praktisch erweisen; allein mir scheint das von Voltolini³⁾ modifizierte Brunton'sche Instrument in diesem Falle doch geeigneter, was von Habermann⁴⁾ allerdings bestritten wird.

¹⁾ Das von den Zaufal'schen Trichtern Gesagte kann auch auf die von Justi empfohlenen Quellmeissel (Wiener medicin. Wochenschrift 1880 Nr. 29.) bezogen werden. Sie belästigen ungemein, sind sehr schmerzhaft und zudem auch überflüssig.

²⁾ a. a. O. Seite 11.

³⁾ a. a. O. Seite 80 u. ff.

⁴⁾ a. a. O. Seite 3.

III. Ätiologie.

A. Chronischer Nasenkatarrh.

Nach B. Fraenkel¹⁾ findet ein Übergang „einer akuten Rhinitis in eine subakute und chronische in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nur bei dyskrasischen Personen statt. Namentlich Skrophulose und Syphilis seien geeignet, diesen Übergang zu vermitteln.“

Stoerk²⁾ spricht sich zwar ähnlich, doch nicht ganz in diesem Sinne aus: „Der chronische Nasenkatarrh verdankt sehr häufig seine Entstehung dem immer rezidivierenden akuten Katarrhe, oder er entwickelt sich auf Grundlage konstitutioneller Erkrankungen, wie der Syphilis, Skrophulose u. s. w.“

Kohts³⁾ rechnet zu den „prädisponierenden Momenten für die chronische Koryza und namentlich für die Ozäna, die Skrophulose, die konstitutionelle Syphilis und den chronischen Rotz.“

Alle drei Autoren stimmen noch darin überein, dass Fremdkörper, Polypen, wie überhaupt Tumoren in der Nase einen chronischen Katarrh der letzteren hervorzurufen geeignet seien.

Nach Gottstein⁴⁾ „lässt sich die Ursache einer chronischen Rhinitis in vielen Fällen auf Vernachlässigung einer akuten

¹⁾ In Ziemssen, Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie IV. I. Leipzig, Vogel, 1876. Seite 125 u. ff.

²⁾ Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes, der Nase und des Rachens. Stuttgart, Enke, 1880. Seite 88.

³⁾ In Gerhardt, Handbuch der Kinderkrankheiten III. 2. Tübingen. Laupp. 1878. Seite 23.

⁴⁾ Eulenburg's Enzyklopädie der gesamten Heilkunde. Wien und Leipzig 1881. Urban und Schwarzenberg. Artikel „Nasenkrankheiten“ Seite 445 u. ff.

zurückführen, noch häufiger auf Rezidive, die durch äussere Schädlichkeiten hervorgerufen werden.“ Fortfahrend sagt er dann: „Ich muss mich entschieden dagegen aussprechen, jede Rhinitis von längerer Dauer, besonders wenn sie einen fötiden Charakter annimmt, als dyskrasisch zu betrachten; wenigstens habe ich in sehr vielen Fällen weder in der Anamnese noch in den üblichen Verhalten des Kranken Anhaltspunkte für die Dyskrasie finden können, es sei denn, dass man die Rhinitis als den einzigen Ausdruck derselben betrachten wolle. Natürlich läugne ich nicht, dass in erster Reihe Skrophulose von chronischer Rhinitis befallen werden, dass ebenso Lues entzündliche Prozesse in der Nasenhöhle im Gefolge hat.“

Unzweifelhaft erscheint es auch mir, dass ein chronischer Nasenkatarrh aus einem akuten durch häufige Rezidive hervorgehen kann. Es ist auch sicher, dass skrophulös angelegte Individuen zu solchen Vorgängen viel mehr geneigt sind, als andere. Dahingegen möchte ich auch darauf aufmerksam machen, dass man bei Kindern sehr häufig einem chronischen Nasenkatarrhe begegnet, der sozusagen von vorn herein chronisch auftrat, d. h. vom ersten Auftreten des Schnupfens an — eine akute Koryza als Anfang wird in solchen Fällen stets geleugnet — vermehrte sich die Absonderung aus der Nase stetig, wurde immer konsistenter und füllte schliesslich die Nase als Borken aus. Bei dieser Form des chronischen Katarrhes habe ich stets Skrophulose zur Grundlage gefunden.

Herzog¹⁾ hatte wiederholt Gelegenheit, den Zusammenhang der Skrophulose mit dem chronischen, ob einfachen oder fötiden, Nasenkatarrhe sowie die allmälige Entwicklung eines fötiden Nasenkatarrhes bei skrophulösen Individuen zu beobachten“ und sagt speziell von dem letzteren: „Bei der Anamnese-Aufnahme werden wir stets Momente erfahren, welche uns unzweifelhaft annehmen lassen, dass die betreffenden Individuen skrophulös sind oder es in der Jugend waren.“ Ausser den Fällen von ausgesprochener Skrophulose gebe es auch solche, in denen die Kinder fast blühend aussähen, die kleinen Patienten seien lebhaft, bei gutem Appetite, die Verdauung sei in Ordnung und nur einzelne geschwellte Lymphdrüsen, einzelne Narben oder

¹⁾ Der fötide chronische Nasenkatarrh. Wiener mediz. Presse 1881. Nr. 29, 30, 31, 32, 34.

vielleicht eine kleine infiltrierte, gerötete, bei Druck schmerzhafte Hautstelle, die in ihrer Mitte eine kleine geschwürige Öffnung habe, durch welche man, durch einen Hohlgang kommend, mit der Sonde die rauhe Oberfläche eines Knochens erreichen könne, gäben Kenntniss von dem skrophulösen Leiden.“

Nach E. Fränkel¹⁾ war die grösste Mehrzahl der ihm bekannten an wahrer Ozäna leidenden Patienten schlecht genährte, hinter ihren Altersgenossen zurückgebliebene Personen mit blasser, zarter Haut, welche entweder selbst an Krankheitserscheinungen gelitten hatten, die wir als skrophulöse zu bezeichnen gewohnt sind oder von Eltern abstammten, die in ihrer Jugend skrophulöse Prozesse überstanden hatten.

Bezüglich des fötiden chronischen Nasenkatarrhes, der sog. Ozäna, hat Ziem²⁾ ganz bemerkenswerte ätiologische Momente verantwortlich zu machen gesucht. Er spricht nur von jenen Formen, die nicht mit Verschwärung der Schleimhaut oder des Gerüsts der Nase verbunden sind. Aus dem Umstande, dass sowol bei abnormer Enge wie bei übermässiger Weite der Nasengänge Ozäna beobachtet werde, und dass in manchen Nasen zahlreiche Borken ohne jedweden üblen Geruch sich fänden, zieht Ziem den Schluss, dass der Fötor nicht auf dem einfachen Eintrocknen der Borken beruhen könne, vielmehr noch ein Ferment hinzukommen müsse, welches zu der den Gestank erzeugenden Zersetzung der Nasensekrete Anlass gebe. Zunächst glaubt Ziem an einem konkreten Falle den Nachweis der verderblichen Einwirkung von in der Mundhöhle abgelagerten Fäulnisserregern, hier in einem kariösen Zahne, erhalten zu haben. Ferner könne ungeeignete, frische Luft abschliessende, Behandlung von Infektionskrankheiten einen vorhandenen gewöhnlichen Schnupfen wol zur Ozäna umwandeln. Auch der Einfluss dumpfer, feuchter Luft auf die Entwicklung des Leidens sei nicht zu unterschätzen. Dann auch könne eine Ansteckung von Person zu Person nicht in Abrede gestellt werden. Die grosse Haftbarkeit der Riechstoffe erkläre es, wenn in die Nase eingedrungene und eingekistete Fäulnissträger hier fort und fort eine putride und je länger je mehr putreszierende Blennorrhoe unterhielten und somit schliesslich zu einem oft unlösbaren *circulus vitiosus* Veranlassung

¹⁾ Sep.-Abdrk. aus der Breslauer ärztl. Zeitschrift. 1881. Nr. 11.

²⁾ Über Blennorrhoe der Nase und ihrer Nebenhöhlen (Ozäna). Monatschrift für Ohrenheilkunde sowie für etc. 1880. Nr. 4

gäben, da die so schwer entfernbar zähflüssigen Sekretmassen zersetzt, nun ihrerseits neue Fäulnisserreger produzieren müssten.

Die Überladung der Nase mit Fäulnisgasen erscheine als das charakteristische Merkmal der Ozäna, als das ihre Hartnäckigkeit genügend erklärende Moment. Bei ihrer ungestörten Einwirkung müsse jedes Sekret, soeben sezerniert, eitrig umgewandelt und zersetzt werden, sei es, dass es der Schleimhaut der Nase selbst, sei es, dass es derjenigen der Nebenhöhlen entstamme.

Für mich hat es etwas sehr natürliches und wahrscheinliches, dass Jemand, der mit einem einfachen chronischen Nasenkatarrh behaftet ist und in diesem Zustande tagtäglich in einer mit üblen Gerüchen überladenen Atmosphäre zubringen muss, einen fötiden Nasenkatarrh sehr leicht erwerben kann. Dass besonders penetrante Riechstoffe ausserordentlich in der Nase haften, kann man oft genug an sich selbst erleben. Den Fötor aus Nase und Mund bei der einfachen sogenannten Ozäna oder bei Lues der Nase rieche ich, wenn ich unvorsichtiger Weise zu viel davon in meine eigene Nase eindringen liess, noch mehrere Stunden lang trotz Waschen des Gesichts, des Bartes etc. etc.; so eindringlich haftet der Fötor an den Stellen, die er bestrich.

Nicht mit Unrecht erscheint mir hier die Stoerk'sche ¹⁾ sogenannte chronische Blennorrhoe der Nasen-, Kehlkopf- und Luftröhrenschleimhaut zur Erwähnung kommen zu müssen.

Stoerk ist der Meinung, dass, da die bekannten Fälle jener Erkrankung fast ausnahmslos aus Galizien, Polen, der Wallachei und Bessarabien stammten, „das endemische Auftreten der Krankheit in den bezeichneten Gegenden mehr mit sozialen, als tellurischen und klimatischen Verhältnissen“ zusammenhängen. „Die meisten Patienten gehören nämlich jener Volksklasse an, welche, in bedrängter materieller Lage lebend und den Anforderungen der Reinlichkeit wenig Rechnung tragend, in den genannten Bezirken zahlreicher als sonstwo vertreten ist.“

Stoerk führt also die hier in Rede stehende Erkrankung auf jene Schädlichkeiten zurück, aus denen Ziem die Entstehung der Ozäna zu erklären sucht. Über dieselbe Erkrankung äussert sich Raab ²⁾ in durchaus gleichlautendem Sinne.

¹⁾ a. a. O. Seite 161 u. ff.

²⁾ Die Stoerk'sche Blennorrhoe der Respirationsschleimhaut. Stuttgart. 1880. Ferd. Enke.

Schaeffer¹⁾ glaubt mit Recht nicht behaupten zu dürfen, „dass jede Rhinitis bei einem skrophulösen Individuum notwendig zur Ozäna werden müsse. Bei dem Einen entwickle sich Ozäna, weil er skrophulös sei, bei dem Anderen nicht, trotzdem er skrophulös sei.“ Schaeffer ist der Ansicht, dass die Ozäna immer auf dyskrasischem Boden entstehe und sieht dieselbe vom ätiologischen Standpunkte an als Ausdruck hereditärer oder erworbener Skrophulose oder Syphilis.

Die Frage, wie es komme, dass nicht bei allen skrophulös beanlagten und skrophulösen Menschen aus der gewöhnlichen Form des chronischen Nasenkatarrhes die fötide sich entwickle, oder warum bei so vielen unzweifelhaft skrophulösen Menschen diese letztere Form doch nicht angetroffen werde, suchte ich²⁾ im Hinblick auf jene Ziem'sche Theorie dahin zu beantworten, man könne vielleicht sagen, dass, wenn skrophulöse oder skrophulös beanlagte Menschen, welche an einem chronischen Nasenkatarrhe leiden, ihre Nase Fäulnisserregern auf längere Zeit auszusetzen gezwungen seien, aus dem einfachen Nasenkatarrhe sehr leicht und viel leichter, als bei anderen Menschen, ein fötider werden könne.

Ein ähnlicher Gedankengang hat vermutlich auch Herzog³⁾ vorgeschwebt, als er bezugnehmend auf Ziem sich folgendermaassen aussprach: „Es ist eine allgemein bekannte Tatsache, dass gesunde Individuen, wenn sie von einer trockenen in eine feuchte Wohnung kommen, sei es nun eine Kellerwohnung oder ein Neubau, skrophulös werden. Hier wie dort sind es die gleichen Ursachen — die Feuchtigkeit und die durch dieselbe bedingten Schimmelbildungen, — welche schädlich auf den Organismus einwirken. Schon beim Eintritte in solche Wohnräume wird unsere Nase durch den widerwärtigen Schimmelgeruch beleidigt. Nägeli's Untersuchungen lehren, dass aus pathologisch indifferenten Pilzen durch Züchtung solche sich herausbilden können, welche zu Krankheitserregern werden; ähnliche Vorgänge eröffnen uns ferner die Arbeiten von Büchner⁴⁾ und Grawitz.⁵⁾

¹⁾ Ozäna. Sep.-Abdrk. aus der Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. 1881. Nr. 4. Seite 4 u. ff.

²⁾ Deutsche medicin. Wochenschrift 1882. Nr. 16.

³⁾ a. a. O.

⁴⁾ Habilitationsschrift 1880.

⁵⁾ Virchow's Archiv Bd. 81. Seite 355.

„Inwieferne jene Schimmelbildungen von Einfluss sind, will ich vorläufig noch unentschieden lassen. Tatsache ist jedoch, dass durch einen längeren Aufenthalt in derartigen ungünstigen Verhältnissen sich wie allerwärts in der Haut und in den Schleimhäuten, besonders aber in der Nasenschleimhaut, begünstigt durch den anatomischen Bau der Nase, ein gewisser Reizungszustand ausbildet, der entweder zur spontanen Entstehung eines fötiden chronischen Nasenkatarrhes führt oder die allmähliche Entwicklung eines solchen aus einem einfachen chronischen Nasenkatarrhe begünstigt.

„Befinden sich die betreffenden Schleimhäute in einem kongestiven Zustande, haben sie durch katarrhalische Schwellung, durch Sukkulenz ihre Widerstandsfähigkeit, wie sie einer normalen Schleimhaut zukommt, verloren, ist endlich die Energie der Flimmerbewegung der Nasenschleimhaut herabgesetzt oder gar nicht mehr vorhanden, so werden Infektionsstoffe, wie sie bei den fauligen Emanationen eines fötiden Nasenkatarrhes vorzukommen pflegen, nicht einflusslos auf eine derart vorbereitete Nasenschleimhaut bleiben können.“

Die von E. Fränkel¹⁾ versuchte Erklärung der Entstehung des Fötors, wonach „in dem chemisch veränderten, bei der einfachen Ozäna gelieferten Sekrete alle die, anderen Nasensekreten nicht innewohnenden, Eigenschaften für die Entwicklung von Fäulnisbakterien und damit die Möglichkeit einer den bekannten Fötör verbreitenden Zersetzung dieses chemisch alterierten Sekretes als gegeben“ erachtet werden, erscheint mir nicht zutreffend, weil sie von schon vorhandener Ozäna ausgeht, während doch bestimmt werden soll, auf welche Weise zu einem gewöhnlichen chronischen Nasenkatarrhe der Fötör hinzukommt, wie also ein fötider chronischer Nasenkatarrh entsteht.

Für das Gedeihen und die Weiterentwicklung der in der Luft stets vorhandenen und stets freien Zugang in die Nase besitzenden Fäulnis-Bakterien hält auch E. Fränkel eine bestimmte Zusammensetzung des Nährbodens, auf welchen dieselben gelangen, für erforderlich, und diese sei offenbar in dem gewöhnlichen, sowol in der Nase befindlichen, als auch bei der einfachen akuten oder chronischen Rhinitis produzierten

¹⁾ Virchow's Archiv Bd. 87. Seite 287 u. ff.

Sekret nicht vorhanden. Ich halte diese Annahme um so weniger für gerechtfertigt, als ja allseitig anerkannt ist, dass eine katarrhalisch erkrankte Schleimhaut gegen schädliche Einflüsse weit weniger widerstandsfähig ist, als eine normale. Wenn nun aber E. Fränkel die für die Erhaltung und Vermehrung der Bakterien geeigneten Bedingungen in einer gewissen wahrscheinlich chemischen Veränderung des von der einfachen Ozäna gelieferten Sekretes glaubt finden zu sollen, so geht er eben von einer Voraussetzung aus, die ja erst bewiesen werden soll: Wenn man eine Ozäna, also einen fötiden chronischen Nasenkatarrh, als vorhanden annimmt, so ist doch auch der Fötor schon da, und es kann also nicht mehr untersucht werden, wie der letztere zur Ozäna hinzukommt; denn Ozäna ist selbst Fötor. So wenigstens wird bis jetzt allgemein angenommen, und ich glaube, man kann noch nicht von Ozäna sprechen, so lange der Nase nicht übler Geruch entströmt. Das würde man aber, wenn man die E. Fränkel'sche Erklärung annähme. So wenigstens glaube ich die letztere verstehen zu müssen.

In neuester Zeit ist versucht worden, auf chemischem Wege die Entstehung des üblen Geruches zu erklären. Arena hat diesbezüglich genauere Untersuchungen angestellt, welche von Massei¹⁾ veröffentlicht worden sind. Als Resultate seiner Untersuchungen fand Arena, dass weder im Produkte der Sekretion selbst, noch in dessen Zersetzung die primäre Ursache des üblen Geruches gefunden werden könne, weil dieser bestehe, auch wenn das Sekret fehle und weil der nach Verdunstung eines ätherischen Auszuges erlangte feste Rückstand keinen spezifischen Geruch habe. Der Geruch sui generis hänge wahrscheinlich von irgend einer spezifischen Umbildung der Absonderungsprodukte auf ihrem Wege durch die Epithelien ab und werde gleichsam im Augenblicke der Entstehung ausgeschieden. Der Geruch sei an einen chemischen Prozess gebunden, welcher auf dem Wege durch die Epithelien einen Grundstoff (principio) entstehen liesse, welcher fähig sei, den Schleim zu verdicken oder vielmehr das Muzin zu fällen.

Massei ist der Meinung, dass die Veränderung der Elemente, das Spezifische, wahrscheinlich durch Parasiten unterhalten

¹⁾ Sull' Ozena. Due lezioni. Estratto dal Giornale internazionale delle Scienze Mediche. Anno IV. Napoli 1882. Enrico Detken.

sein dürfte. Dafür spreche das Übergreifen der Ozäna auf den Pharynx sowie auf das Larynx-Tracheal-Rohr, ferner auch die scharfe Abgrenzung des kranken Gewebes von dessen gesunder Umgebung, ähnlich wie bei parasitären Dermopathien. Massei sieht in dem fötiden chronischen Nasenkatarrhe eine durch ein pathognomonisches Symptom, die fötide Exhalationsluft, scharf charakterisierte Erkrankung, welche von konstanten, bisher ihrer Natur nach noch unbekannten Ursachen abhängig sei.

Auf Grund mikroskopischer Untersuchungen in zwei Fällen von reiner Ozäna glaubt Krause¹⁾ die Herkunft des Fötors erklären zu können. Er hat bei seiner Untersuchung nur Fälle berücksichtigt, „bei welchen während des Lebens und bei der Obduktion syphilitische oder durch andere Dyskrasien bedingte Ulzerationen, Knorpel- oder Knochenerkrankungen nicht gefunden worden waren.“ Er erkennt in seinen Befunden als „das Bemerkenswerteste den Nachweis des in der Schleimhaut vor sich gehenden Zerfalles der Infiltrationszellen an einem massenhaften fettigen Detritus und der Bildung von zahlreichen grossen Fettkugeln.“ Krause meint, dass nach seinen zwei übereinstimmenden Befunden „die Vorstellung nicht von der Hand zu weisen sei, dass, wenn eine Schleimhaut mit allen ihr zukommenden gut erhaltenen Elementen im Zustande der Entzündung ein flüssiges nicht fötides Sekret liefert, eine Mukosa, von welcher als solcher gar nicht mehr die Rede sein kann, in der ausser dem neu organisierten Bindegewebe nur verkümmerte Reste der ihr sonst eigentümlichen Organe sich vorfinden, und das neu gebildete Zellenproliferat noch während des organischen Zusammenhanges mit seinem Mutterboden und vor seinem Austritte auf die Oberfläche fettig degeneriert, bereits alle Bedingungen für das Zustandekommen eines eingedickten, bald fötid werdenden Sekretes in sich trägt. In der so degenerierten Schleimhaut finden wir also nicht junge wolerhaltene Zellen, welche abgesondert und durch die sie suspendierende Flüssigkeitsmenge bald wieder fortgespült werden, sondern grösstenteils im Zerfalle begriffene oder schon zerfallene, welche Haufen von Fett und Pigment mit sich auf die Oberfläche bringen, hier das zum Teil verhornte Epithel abheben und mit diesem schnell

¹⁾ Zwei Sektionsbefunde von reiner Ozäna. Virchow's Archiv 85. Band 1881. Seite 325—343, mit 1 Tafel.

vertrocknend und festhaftend, durch die baldige Umwandlung des in ihnen enthaltenen Fettes in Fettsäuren die Fäulniss und den widerlich ranzigen Geruch hervorrufen und Borken und Krusten bilden. Der mikroskopische Befund in den Borken der beiden Fälle, welcher den Nachweis von massenhaften Margarinkrystallen, Fett und zerfallenen Epithelien lieferte, bestätigt dies.“

Die Resultate seiner Untersuchungen führten Krause auch dazu, mit Gottstein anzunehmen, dass erst das atrophische Stadium einer chronischen Rhinitis den Fötör hervorbringen könne. Findet sich schon im hypertrophischen Stadium Fötör, so könne dies nur bei gleichzeitigem Vorhandensein auch des atrophischen Stadiums möglich sein.

Mir erscheinen die Schlussfolgerungen Krause's etwas zu sanguinisch. Mögen auch die Zerfallsprodukte, welche Krause mikroskopisch nachgewiesen hat, Anteil an der Bildung des Fötörs und der Borken nehmen, so dürften sie doch kaum als die alleinigen Ursachen angesehen werden. Die Arena'schen chemischen Versuche bestätigen die Krause'schen Folgerungen gerade nicht; denn weder das Sekret selbst noch dessen Zersetzungsprodukte zeigten im Rückstande der ätherischen Lösung einen spezifischen Geruch. Dann möchte ich auch noch geltend machen, dass die Zersetzungsprodukte des Fettes wol einen ranzigen Geruch darbieten, mir aber diese Qualität auf den Fötör des fötiden chronischen Nasenkatarrhes nicht zu passen scheint; einen ranzigen Charakter glaube ich demselben doch nicht zusprechen zu sollen.

Gottstein¹⁾ hält neuestens an seiner Auffassung, dass Fötör nur im atrophischen Stadium gleichzeitig mit der Borkenbildung vorkomme, fest; im exsudativen Stadium des Prozesses sei jener selten. Der Fötör müsse deshalb in einem Kausalnexus mit der Sekretionsanomalie stehen, die Folge dieses Stadiums sein, und dass, wenn in der Tat von aussen kommende Fäulniserreger eine Rolle spielen sollten, oder wenn eine Dyskrasie von Einfluss sei, das Wesentlichste immer bleibe, dass jene Fäulniserreger oder das dyskrasische Virus in der eigentümlich atrophisch erkrankten Schleimhaut den vorbereiteten Boden zu ihrer Wirkung vorfinden. „Ich muss hierbei hervor-

¹⁾ a. a. O. Seite 448. (Eulenburg's Enzyklopädie.)

heben, dass ich das fötide atrophische Stadium der Rhinitis ebenso häufig, wenn nicht häufiger, bei Personen beobachtet habe, die unter den günstigsten hygieinischen Verhältnissen lebten. Es ist mir bei meinen Beobachtungen nicht gelungen, einen Einfluss der Wohnräume oder einer mit Stinkstoffen gefüllten Atmosphäre nachzuweisen. Ich kann nur strikte sagen: Überall, wo ich eine Atrophie der Nasenschleimhaut vorfand, war auch Fötör vorhanden, gleichviel, ob die damit Behafteten in feuchten Kellern oder in herrlichen, gut ventilierten Zimmern wohnten. Ebenso wenig kann ich in einer Dyskrasie das Ferment suchen, das eine einfache Nasenblennorrhoe in eine fötide umwandelt. Ich halte die Annahme für gerechtfertigt, dass bei Dyskrasien die Rhinitis leicht in das atrophische Stadium übergeht, dass aber nicht in der Dyskrasie das Ferment zur fötiden Zersetzung, sondern in der histologischen Veränderung mit der dadurch bedingten Sekretionsanomalie zu suchen sei.“

Mir ist es sehr erklärlich, warum so allgemein die Atrophie der Schleimhaut als charakteristisch für die Ozäna hingestellt wird. Die gut situierten Leute gehen wegen ihres gewöhnlichen Nasenkatarrhes in Folge ihrer grösseren Sensibilität, sei sie subjektiver oder objektiver Ursache, meist früher zum Arzte, als das ärmere Publikum. Zudem leben jene nicht in Verhältnissen, in denen sie tagtäglich übelriechende Luft einatmen müssen. Aus diesen zwei Gründen glaube ich es vollkommen erklären zu können, dass bei den vorkommenden Ozänafällen die Schleimhaut zumeist schon im Zustande der Atrophie angetroffen wird. Denn den wirklichen fötiden chronischen Nasenkatarrh trifft man meiner Erfahrung nach bei der wohlhabenden Bevölkerungsklasse bei weitem seltener, als bei der ärmeren.

Nicht zu unterschätzen ist bei Beurteilung dieser Frage auch das Moment, dass der Geruchssinn bei chronischem Nasenkatarrhe allmählig leidet, weshalb der Erkrankte selbst verhältnissmässig selten die fötide Natur seines Katarrhes erkennt; und seine Umgebung geniert sich meistens, ihn auf den Gestank, den er verbreitet, aufmerksam zu machen; man sucht diesem, so gut es geht, aus dem Wege zu gehen und überlässt den bedauernswerten Kranken seinem Schicksale. Es kommt gar nicht selten vor, dass der Erkrankte die Mitteilung des Arztes bezüglich des Fötörs ganz ungläubig entgegennimmt. Unter diesen Erwägungen kann man sich meiner Ansicht nach nicht

wundern, wenn die Ozäna in weitaus den meisten Fällen in vorgeschrittestem Stadium, dem der Atrophie, zur Behandlung kommt.

Nicht „der Theorie zu Liebe, dass übelriechende, dumpfe feuchte Luft einen einfachen Nasenkatarrh in einen fötiden verwandeln könne“, habe ich die Behauptung aufgestellt, dass der fötide chronische Nasenkatarrh besonders häufig bei der ärmeren und unter schlechten hygieinischen Verhältnissen lebenden Bevölkerung vorkomme, sondern weil ich diesen fötiden chronischen Nasenkatarrh bei weitem am häufigsten bei dem meine Armensprechstunde besuchenden Publikum zu behandeln Gelegenheit hatte, wobei ich noch zu bemerken habe, dass dieses Publikum ungefähr $\frac{2}{3}$ aller meiner Kranken ausmachte. Als Erklärung der angeführten Tatsache erschien mir die Ziem'sche Theorie sehr geeignet, und ich kann auch heute noch keine bessere Erklärung dafür finden.

Der Behauptung Ziem's, dass weite Nasengänge und Atrophie der Schleimhaut durchaus kein notwendiges Attribut der Ozäna seien, muss ich vollkommen beistimmen. „Der Fötör kann sich in jedem Stadium eines akuten oder chronischen Nasenkatarrhes hinzugesellen, und es gibt genug Fälle von subjektiv und objektiv ausserordentlich ausgesprochener Ozäna, in welchen hochgradige Schleimhauthypertrophie eine maximale Nasenobstruktion bedingt.“

Ich kann auch durchaus bestätigen, dass bei vermehrter Schwellung in der Nase auch der Fötör sich vermehrte. In einem derartigen Falle, bei einem jungen Mädchen (C. 762), trat der Fötör einige Tage vor dem Eintritte der Regel stets stärker auf, vermehrte sich bis zur Höhe der Menstruation, um dann abzunehmen bis zu dem gewöhnlichen Grade. Stets war während dieser Tage die Schwellung der Schleimhaut der Nasenhöhle erheblich vermehrt; auch fand sich in der Hinternase stets eine grössere Sekretmenge als gewöhnlich vor.

In allen Fällen von Ozäna kann man nach meiner Erfahrung eruieren, dass zuerst ein gewöhnlicher Nasenkatarrh bestand, ohne dass Fötör vorhanden war. Dieser stellt sich, wenn er auftritt, erst nach und nach ein, und mit Zunahme seiner Intensität vermindert sich der Ausfluss aus der Nase, d. h. es stellt sich Borkenbildung ein. Es ist sehr richtig, wenn Ziem sagt, dass der Fötör in den einzelnen Stadien des Katarrhes ein graduell

verschiedener, allerdings bei gleichzeitiger Atrophie der Schleimhaut ein intensiverer sein müsse.

Auch Schaeffer¹⁾ hat sich dieser Auffassung angeschlossen und unterzieht sodann den Gottstein'schen Standpunkt einer kritischen Erörterung: „Gottstein behauptet zwar, wie ich auch, dass die atrophische Form der Ozäna aus einer hypertrophischen sich entwickle, resp. dass wir es bei ihr mit einem regressiven Stadium der Entzündung zu tun haben, aber er behauptet weiter, dass bei der reinen hypertrophischen Form trotz vorhandener Borken es niemals zum Fötor komme, es sei denn, dass gleichzeitig Nekrose vorhanden sei. Dem Gesagten widerspricht es aber, wenn er diese hypertrophische Form auch bereits als Ozäna bezeichnen will.“ So hält denn auch Schaeffer die Ziem'sche Ansicht aufrecht, dass bereits im hypertrophischen Stadium die Ozäna als solche und nicht als gewöhnliche chronische Rhinitis — und zwar durch ihren Gestank — sich dokumentiere.

Neuestens spricht sich auch Zuckerkan²⁾ in solchem Sinne aus: „Ich muss mich nach meinen anatomischen Erfahrungen dahin aussprechen, dass die Ozäna simplex ein chronischer hypertrophischer Katarrh der Nasenschleimhaut ist, in dessen Gefolge es zum Schwunde der Nasenschleimhaut und der Muscheln kommt.“

Wenn nun, wie es scheint, die Anschauung, dass der Fötor nicht erst im atrophischen Stadium sich entwickelt, vielmehr im hypertrophischen Stadium, wenn auch in geringerer Intensität, schon besteht, als die richtigere angesehen werden muss, so kann die Schlussfolgerung Gottstein's, der Fötor sei eine Folge des atrophischen Stadiums, nicht als zutreffend angesehen werden. Ich glaube auch, dass die Tatsache, dass bei atrophischer Nasenschleimhaut stets Fötor vorgefunden wird, durchaus nicht seine Schlussfolgerung bedingt. Ich habe, soviel ich mich erinnere, auch noch keinen derartigen Fall ohne Fötor gesehen; ich habe aber auch, wie ich schon bemerkte, bei jedem Falle von fötidem chronischen Nasenkatarrh konstatieren können, dass lange Zeit vorher schon ein gewöhnlicher chronischer Nasenkatarrh ohne Fötor und ohne Borkenbildung bestand.

¹⁾ a. a. O. Seite 8.

²⁾ Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhänge. Wien 1882. Braumüller. Seite 94.

Die Frage nach der Entstehung des fötiden chronischen Nasenkatarrhes kann nach alledem noch nicht als eine abgeschlossene und gelöste betrachtet werden. Vorläufig handelt es sich für den Einzelnen immer nur darum, welche der Hypothesen ihm als die wahrscheinlichere, als die seiner Erfahrung am meisten entsprechende erscheint. Ziehe ich demnach die Ziem'sche Theorie, welche auch Herzog in trefflicher Weise zu begründen versucht hat, den übrigen auch vor, so betrachte ich damit die Forschung für mich doch nicht als abgeschlossen, sondern ich prüfe auch fernerhin vorurteilslos jede diesbezügliche Meinungsäußerung in Rücksicht auf die Tatsachen meiner Erfahrung.

Die Annahme, dass Syphilis zu chronischem Nasenkatarrhe geneigt mache oder zu den prädisponierenden Ursachen desselben gehöre, kann ich nicht teilen. Meine Beobachtung und Erfahrung führen mich vielmehr dahin, anzunehmen, dass die sekundären und tertiären Formen der Syphilis nur oder doch mit besonderer Vorliebe in schon katarrhalisch affizierten Nasen sich lokalisieren. Treten doch bekanntlich die sekundären und tertiären Erscheinungen bei Syphilis am ehesten an solchen Orten zu Tage, an denen schon ein gewisser Reizzustand besteht, wie z. B. die Gummata auf den Schultern der Lastträger. Ich kann sagen, dass alle mit syphilitischen Erscheinungen in der Nase Behaftete auf Befragen fast ausnahmslos angeben, dass sie schon seit längerer oder kürzerer Zeit an zeitweise verschlossener Nase, an vermehrter Absonderung aus derselben etc. leiden. Ich glaube, dass Jeder, der sein Augenmerk auf diesen Gegenstand richtet, mit Leichtigkeit die gleichen Verhältnisse zu konstatieren im Stande ist.

Wenn Gottstein¹⁾ demgegenüber geltend macht, es liesse sich „mit dieser Annahme nicht vereinigen, dass Kinder, die an Syphilis congenita leiden, so oft eine chronische Rhinitis haben“ so glaube ich, es müsste zuerst bewiesen werden, dass diese Rhinitis luëtischer Natur sei. Freilich stützt sich Gottstein auf sehr genaue Untersuchungen von Schuster und Saenger²⁾ sowie von E. Fränkel,³⁾ allein ich glaube

¹⁾ a. a. O. Seite 445 und 453. (Eulenburg's Enzyklopädie.)

²⁾ Beiträge zur Pathologie und Therapie der Nasensyphilis. Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis 1877, Seite 43—106, und 1878 Seite 211—258.

³⁾ Pathologisch-anatomische Untersuchungen über Ozäna. Virchow's Archiv 75. Band. 1879. Seite 45—70.

nicht, dass deren Untersuchungen gegen mich sprechen; denn die Schlüsse, welche aus den letzteren gezogen worden sind, erscheinen mir, wie ich nachstehend begründen werde, nicht als unzweifelhaft richtig und unumstösslich. Wenn Gottstein auch anführt, gegen meine Anschauung spreche „auch die Erfahrung, dass der syphilitische Schnupfen in der Regel mit der Heilung der Dyskrasie verschwinde“ so muss ich allerdings gestehen, dass ich diese Erfahrung noch nicht zu machen Gelegenheit hatte. Ich sah wol alle Symptome der Lues heilen, aber die Kranken hatten doch nachher immer noch ihren auch vorher schon besessenen chronischen Nasenkatarrh, dessen Qualität nunmehr in Nichts an Syphilis zu erinnern vermochte.

Ich bin in der Lage, einen gewichtigen Gewährsmann, dessen Anschauungen sich auf ein Material von 18000 Kranken stützen, für mich sprechen zu lassen. Lewin¹⁾ sagt, indem er für den irrtümlich von allen Autoren als Larynxkatarrh bezeichneten Zustand die Benennung Erythema vorschlägt, folgendes: „Ein Katarrh, d. h. diejenige Erkrankung der Schleimhaut, welche sich nicht allein durch Hyperämie und ödematöse Schwellung, sondern auch durch eine vermehrte Absonderung von Drüsensekret charakterisiert, wird durch das syphilitische Virus auf keiner Schleimhaut, so auch nicht auf der des Larynx, erzeugt. Wir kennen keinen syphilitischen Katarrh der Konjunktiva, der Schleimhaut der Nase, der Vagina, der Urethra, des Rektums. Selbst die Mukosa der dem Larynx räumlich und funktionell so nahestehenden Mund- und Rachenhöhle wird durch die Syphilis allein nie katarrhalisch affiziert, wol aber von einem mit Schwellung verbundenen syphilitischen Erythem häufig befallen. Nicht selten werden zwar Syphilitische von einem Kehlkopfkatarrhe befallen, doch haben wir es dann mit einer durch Erkältung erzeugten zufälligen Komplikation zu tun, bei welcher ein Kausalnexus zwischen Syphilis und Katarrh nicht existiert.“

Lewin legt unzweifelhaft klar, dass die Syphilis es nicht ist, welche, wie Gottstein meint, in der Nasenschleimhaut „zu einer chronischen Entzündung führt, die sich in Nichts von den Entzündungen nicht spezifischen Charakters unter-

¹⁾ Kritische Beiträge zur Therapie und Pathologie der Larynxsyphilis. Sep. Abdrk. a. d. Charité-Annalen. VI. Jahrgang 1881. Seite 4 u. ff.

scheidet.“ Nach Lewin ist „der Charakter der Syphilis zwar in ihrem Anfangsstadium ein hyperämischer und dadurch, wie schon Virchow hervorhebt, ein irritativer, aber keineswegs ein rein entzündlicher. Zwar ist meist neben der Rötung noch ein anderes Kriterium der Entzündung vorhanden, die Schwellung des betroffenen Gewebes; doch beruht diese nicht, wie bei der gewöhnlichen Entzündung, auf einfacher Transsudation von seröser Flüssigkeit und Exsudation von Zellen, welche schliesslich den Ausgang in Zerfall und Eiterung nehmen, sondern es wird bei der Syphilis im Gegensatz hierzu ein spezifisches Zelleninfiltrat gesetzt, welches sich sowol selbst verdichtet, als auch gleichzeitig durch Kompression der zuführenden Gefässe einen anämischen und atonischen Zustand des betroffenen Gewebes herbeiführt, der jedoch allmähig unter weiterer Zellenzufuhr zur Hyperplasie des betreffenden Gewebes führt, so z. B. im Papillarkörper zur Vergrösserung der Papillen und zur Bildung von Kondylomen, im subkutanen Bindegewebe zur Produktion von gummösem Gewebe. Der schnelle Übergang der anfänglich entzündlichen Reizung in den atonischen Zustand und die nachgewiesenen Folgen spielt sich in gleicher Weise auch auf der Haut und Schleimhaut und in allen Organen ab, welche die Syphilis ergreift.“

Ich kann nicht umhin, dieser auf so kolossales Material basierten Anschauung mehr Gewicht beizulegen, als einigen wenigen hiervon abweichenden pathologisch-anatomischen Befunden, welche gewiss Niemand in Zweifel ziehen wird, die aber recht wol als Ausnahmen angesehen werden dürfen, wie deren ja stets zugegeben werden müssen.

Dass es im Gefolge der Syphilis in der Nase „oft zu tiefgreifenden Verschwärungen der Schleimhaut kommt, die schwere Knochenerkrankungen nach sich ziehen“, wird von Gottstein und den von ihm genannten Autoren zugegeben. Doch gäbe es im Gefolge der Syphilis auch „zweifellos selbstständige primäre Erkrankungen der das Nasengerüst bildenden Knochen, bei denen die darüber liegende Schleimhaut ausser Infiltration verschiedenen Grades weder Erosionen noch Ulzerationen zeige, ja es kämen beide Formen von Knochenerkrankungen in demselben Präparate vor.“

Ich glaube nun nicht, dass man von einer primären Knochenerkrankung sprechen kann, sobald die darüberliegende

Schleimhaut infiltriert ist. Denn diese Infiltration ist doch luëtischer Natur; sie braucht, um das zu sein, nicht erst zur Erosion oder Ulzeration überzugehen. Auch ist es mehr als wahrscheinlich, das eine Infiltration der Schleimhaut der Nasenhöhle unter den obwaltenden räumlichen Verhältnissen sehr leicht und bald durch ihren Druck einen nachteiligen Einfluss auf den unterliegenden Knochen ausübt; man denke nur an die Schultern der Lastträger. Und wenn ich mich frage, ob eine vollkommen gesunde Schleimhaut mehr als eine solche, welche sich im Zustande des Katarrhes befindet, von einem syphilitischen Infiltrate bedroht erscheint, so muss ich mir sagen, dass eine kranke Schleimhaut niemals so viel Widerstand einer pathologischen Invasion entgegenzusetzen vermag, wie eine gänzlich gesunde.

Nach alledem glaube ich wol berechtigt zu sein, wenn ich die Syphilis nicht für ein prädisponierendes Moment des chronischen Nasenkatarrhes halte, vielmehr den letzteren für besonders geeignet ansehe, die Lokalisation der Syphilis in der Nase zu befördern.

Die Nasenpolypen vermag ich nicht zu den Ursachen des chronischen Nasenkatarrhes, zu zählen. Denn ein Polyp ist entschieden ein Reizungsprodukt. Warum man bei dem einen Menschen im Gefolge eines chronischen Nasenkatarrhes Polypen, bei dem anderen starke (polypöse) Wulstungen findet, ist bis heute noch nicht aufgeklärt. Vielleicht spielen bei der Polypenbildung gewisse abnorme Vorsprünge des knöchernen Gerüsts insofern eine entscheidende Rolle, als die dieselben überziehende Schleimhaut in Folge eines chronischen Nasenkatarrhes viel eher in einen besonderen irritativen Zustand veretzt wird. ¹⁾ Gottstein ²⁾ hat sich neuestens auch zu meiner Anschauung in dieser Frage bekannt.

Was für meine Auffassung der Entstehung von Nasenpolypen zu sprechen scheint, ist der Umstand, dass nach Beseitigung der vorhandenen Polypen der Nasenkatarrh doch nicht ohne weitere Medikation schwindet. Ausserdem habe ich

¹⁾ Zuckerkandl's Untersuchungen (a. a. O. Seite 75 u. ff.) haben ergeben, „dass die Formen der Geschwülste sich zurückführen lassen auf die anatomische Beschaffenheit des Bodens, dem sie entsprossen“: von Kanten gehen langgestielte, von Flächen breitbasige Geschwülste aus.

²⁾ a. a. O. Seite 445. (Eulenburg's Enzyklopädie.)

des Öfteren schon beobachtet, dass die Polypen einseitig vorhanden waren, während sich in beiden Nasenhälften ein chronischer Katarrh von ziemlich gleicher Intensität vorfand. Auch dürfte wol nicht ausser Acht zu lassen sein, dass die von mir bestrittene Annahme meist auf die Aussagen der Kranken basiert ist, denen die Symptome von Polypen und anderweitiger Schwellung innerhalb der Nase ganz gleichwertig erscheinen. Um zu unbezweifelbaren Resultaten zu gelangen, ist es unbedingt erforderlich, dass eine Diagnose stets nur auf eingehende lokale Untersuchung, nie aber ausschliesslich auf die vorhandenen subjektiven Beschwerden gegründet werde.

Primäre, nicht syphilitische Ulzerationen in der Nasenhöhle habe ich noch nicht beobachtet; kann mir ein Vorkommen solcher auch nicht erklären. Wol treten im Gefolge eines akuten, eines chronischen Nasenkatarrhes Erosionen, sogar Ulzerationen in der Nase auf; sie sind hervorgerufen durch das scharfe Sekret, durch Jucken oder Kratzen mit dem Fingernagel; sie können aber doch nur als sekundäre Vorkommnisse bezeichnet werden; sie heilen auch mit Wegfall ihrer Ursache ohne Weiteres.

Nasenkatarrhe, die in Folge eingeführter und nicht extrahierter Fremdkörper entstehen, sind gleichseitig mit diesem letzteren.

Karies der Knochen der Nasenhöhle habe ich noch nicht beobachtet. Ich möchte aber trotzdem annehmen, dass, wenn sie vorkommt, sie eher eine Folge, als eine Ursache des chronischen Nasenkatarrhes ist, etwa in dem Sinne, wie ich von der Lokalisation der Syphilis in der Nasenhöhle gesprochen habe.

Als ein nicht zu unterschätzendes ätiologisches Moment für die Entwicklung eines chronischen Nasenkatarrhes betrachte ich vieles Rauchen, insbesondere das Durchblasen des Rauches durch die Nase, dann auch rauchige Atmosphäre überhaupt.

Ferner wirken befördernd ein sehr warme Zimmerluft (durch Erschlaffung der Schleimhaut), sowie eine mit irritierenden Partikelchen, wie z. B. Mahagonistaub, geschwängerte Luft.

Der bedeutendste Förderer eines chronischen Nasenkatarrhes aber ist entschieden die gewohnheitsmässige Anwendung des Schnupftabaks. Er wird meist mit dem Vorgeben angewendet, sich in der Nase Luft zu verschaffen. Es liegt also

meist schon ein chronischer Nasenkatarrh vor, dessen hervorstechendstes Symptom, der Nasenverschluss, durch Schnupftabak gehoben werden soll. Damit geht's aber gerade wie mit dem Kratzen, welches als Heilmittel gegen das Jucken angewendet wird.

Wer aber mit gesunder Nase priesst, weil es ihm eine Passion zu sein dünkt, wird in kurzer Zeit durch den beständigen Reiz, welchen der Schnupftabak auf die Nasenschleimhaut ausübt, einen chronischen Nasenkatarrh auf diesem künstlichen Wege sich erwerben. Fort also mit dem Schnupftabak!

Ob nicht gewisse Anomalien des Gerüsts der Nasenhöhle in ätiologischer Beziehung prädisponierend auf einen chronischen Nasenkatarrh zu wirken im Stande sind, möchte ich vorerst noch nicht entscheiden. Es wäre aber sehr wol denkbar, dass, wenn die Nasenhöhle durch den Bau ihres Gerüsts abnorme Enge auf der einen Seite aufweist, die Schleimhaut der Muscheln durch das gewohnheitsmässige, durch die Enge der einen Höhle aber in seiner Wirkung verstärkte Schnauben der Nase sehr rasch eine Lockerung ihres Gewebes, vorzüglich auf der erweiterten Seite, erfahren wird. In erster Linie mag dieselbe wol durch die Stauung, die sich in Folge des durch das unangenehme Gefühl der Engigkeit der einen Nasenseite bedingten stärkeren und öfteren Schnaubens der Nase im Gefässsystem und somit auch in dem Schwellnetz der Muscheln einstellt, bedingt werden; in zweiter Linie kommt jedenfalls die Schleuderbewegung, welche die durch den ersteren Vorgang etwas voluminöser gewordene Schleimhaut durch den von den Choanen aus stossweise wirkenden, unter hohem Luftdrucke stehenden Luftstrom, insbesondere auf der erweiterten Nasenseite erfährt, in Betracht.

Dass ein solcher Vorgang in der Nase zu den Möglichkeiten gehört, kann man bei schon bestehendem Katarrhe, insbesondere bei dem akuten Schnupfen, sehr leicht feststellen. Das Schnauben der Nase in solchem Falle gewährt nämlich keineswegs eine Erleichterung, sondern erhöht vielmehr stets den Verschluss der Nase. Dahingegen kann man beobachten, dass bei heftigem Einziehen der Luft durch die Nase, vorzugsweise wenn man die eine Seite der Nase mit dem Finger verschliesst, die Nase freier wird und zugleich Sekret in den Nasen-

rachenraum gelangt.¹⁾ Dieser Wirkung liegt eine Aspiration des Blutes zu Grunde, wodurch das Schwellnetz der Muschel mehr oder weniger entleert wird. Ausserdem mag der kalte Luftstrom auch noch eine zusammenziehende Wirkung auf die Schleimhaut der Muscheln ausüben.

Einfluss auf die Entstehung eines Nasenkatarrhes üben ohne Zweifel auch Hypertrophie der sogenannten Rachentonsille, sowie der Gaumenmandeln, wenn sie so hochgradig ist, dass der Nasenluftweg sozusagen verlegt ist. Dadurch, dass kein Luftstrom die Nase mehr zu passieren vermag, lockert sich die Schleimhaut von selbst, die Sekretion nimmt zu, so dass man in späteren Stadien nicht mehr zu unterscheiden vermag, ob wirklich jene Hypertrophie als die Hauptursache des Nasenkatarrhes verantwortlich zu machen sei.

Von allen ätiologischen Momenten aber hat als das bedeutendste vielleicht die erbliche Anlage in Betracht zu kommen.

Ich habe mich darüber schon an anderem Orte²⁾ geäußert und werde auch im nächsten Abschnitte noch ausführlicher darauf zu sprechen kommen. Ich will hier nur noch beifügen, dass ich zahlreiche Fälle beobachtet und behandelt habe, in welchen der chronische Nasenkatarrh von den Inhabern geradezu als ein Familienübel betrachtet und demnach auch als etwas ganz Selbstverständliches angesehen wird. Ich glaube, es wird den Pathologen nicht schwer fallen, meine Beobachtungen zu bestätigen, sobald sie „die für die Ätiologie der Krankheiten so wichtige und bedeutungsvolle Frage der Erblichkeit krankhafter Prozesse der gebührenden Erörterung würdigen und dies nicht allein den Physiologen und Verfechtern der Deszendenzlehre“ überlassen.³⁾

¹⁾ Diese Beobachtung hat Hack in der Berliner klinischen Wochenschrift 1882, Nr. 25 zu bestätigen vermocht.

²⁾ Zur Frage der Erblichkeit chronischer Rachen- und Nasenkatarrhe. Deutsche mediz. Wochenschrift. 1882. Nr. 27.

Das Asthma bronchiale und seine Beziehungen zum chronischen Nasenkatarrhe sowie deren lokale Behandlung. Volkmann's klinische Vorträge 1882. Nr. 216.

Zur Pathologie und Therapie des chronischen Nasen- und Rachen-Katarrhes. Berliner klinische Wochenschrift 1882. Nr. 36, 37

³⁾ O. Bollinger, Über Vererbung von Krankheiten. Stuttgart 1882, Cotta.

B. Chronischer Rachenkatarrh.

Wend t¹⁾ unterscheidet einen chronischen Retronasal- und einen chronischen Rachen-Katarrh, doch beschreibt er die Ursachen für beide in gleicher Weise: Darnach geht der chronische Katarrh aus dem akuten in direktem Anschluss oder unter Vermittlung der leicht und auf geringfügige Veranlassungen eintretenden Rezidive desselben — das Erstere scheine u. A. in manchen Fällen nach akuten Exanthemen, das Letztere durch Erkältungen vorzukommen — hervor; oder er entstehe allmähig unter dem Einflusse oftmals oder dauernd einwirkender Schädlichkeiten, wie atmosphärischer Einflüsse, chemischer und mechanischer Reize, Überanstrengung der Teile oder in Folge von andauernden oder oft wiederkehrenden zirkulatorischen Störungen, insbesondere der venösen Stauung aus den verschiedensten Ursachen. Endlich seien ungünstige konstitutionelle Verhältnisse, vor Allem Tuberkulose, Skrophulose, Syphilis als Ursachen chronischer Katarrhe zu bezeichnen.

Stoerk²⁾ sagt, wir seien selten in der Lage, die Annahme, der chronische Rachenkatarrh entstehe meistens durch häufiges Rezidivieren des akuten, beweisen zu können. „Die häufigste Veranlassung des chronischen Katarrhes bilden immer wiederkehrende mechanische oder chemische Reize; so sind es bei Trinkern der Alkohol und die Kohlensäure, bei Rauchern teils die Hitze und das Nikotin, teils der Rauch und die kontinuierliche Saugbewegung und bei Sprechern die forcierte Sekretion der Schleimdrüsen, welche die chronisch-katarrhalische Entzündung bedingen. Auch der häufige Genuss stark gewürzter Speisen kann als ätiologisches Moment angeführt werden.“

¹⁾ In Ziemssen, Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie VII. 1. Leipzig, Vogel 1874, Seite 273, u. f. sowie Seite 282.

²⁾ a. a. O. Seite 110 und 114.

Von der Pharyngitis granulosa sagt er, sie komme in der Regel bei Individuen mit sehr zarter, magerer Schleimhaut vor; doch habe er in Fällen, wo eine besondere Schädlichkeit, wie übermässiger Genuss scharfer Getränke und Speisen und namentlich starken Tabaks als Ursache der Erkrankung konstatiert werden konnte, dieselbe auch bei wolgenährten, kräftigen Individuen mit saftiger Schleimhaut angetroffen. Zu diesen ätiologischen Momenten gehöre noch das Erschöpftsein der Speichel- und der Schleimsekretion, wie dies insbesondere durch übermässiges Sprechen bei Rednern, Schauspielern, Sängern und am häufigsten bei schlecht ernährten geschwätzigen Frauen vorkomme. Träfen derartige Schädlichkeiten eine magere, blasse Schleimhaut, so vermöchten sie schon bei viel geringerer Intensität solche Krankheitszustände hervorzurufen.

Kohts¹⁾ gibt zu, dass der akute Rachenkatarrh chronisch werden könne, oder der letztere entwickle sich allmählig unter dem Einfluss konstitutioneller Erkrankungen, wie Skrophulose, Tuberkulose, ferner bei syphilitischen und anämischen Individuen, endlich im Verlaufe von Erkrankungen der Respirationsorgane.

Mackenzie²⁾ nennt hauptsächlich drei für die Entstehung der chronischen Pharyngitis wichtige Ursachen: „1. Konstitutionelle, hauptsächlich skrophulöse Beanlagung, 2. Überanstrengung der Stimme, 3. Erkältungen.“ Letztere produzierten zwar das Leiden am unmittelbarsten, seien aber durchaus nicht die Hauptquelle desselben.

Ausserdem könnten Reize der verschiedensten Art, welche eine schon vorher angegriffene Schleimhaut träfen, die Erkrankung des Follikelapparates veranlassen. Es sei wol möglich, dass bei einzelnen Personen exzessives Rauchen eine Kongestion der Pharynxschleimhaut produziere und bisweilen zur Verschliessung der Follikelmündungen führen könne; häufiger aber führe der Missbrauch des Tabaks zu einfacher chronischer Angina. Er kenne auch viele Fälle von granulärer Pharyngitis, in welchen nicht, wie vielfach behauptet würde, verdorbene Luft, irritierende Substanzen in Gas- oder Pulverform als Krankheitsursache hätten herangezogen werden können.

¹⁾ In Gerhardt, Handbuch der Kinderkrankheiten IV. 2. Tübingen. Laupp. 1880. Seite 135.

²⁾ Die Krankheiten des Halses und der Nase. Übersetzt von Felix Semon. I. Bd. Berlin Hirschwald 1880. Seite 41. u. ff.

Die Pharyngitis granulosa erklärt Wendt als etwas sehr gewöhnliches beim chronischen Rachenkatarrhe. Hierin pflichte ich ihm unbedingt bei, doch komme ich darauf später noch ausführlich zu sprechen.

Wendt¹⁾ beschreibt noch als gesonderte Erkrankungen des Rachenraumes einen hyperplastischen (Hypertrophie) und einen rarefizierenden, trockenen (Atrophie) Katarrh der Nasenrachenhöhle und des Rachens. In ätiologischer Beziehung sagt er von dem ersteren, dass im Laufe chronischer Ernährungsstörungen der Schleimhaut es häufig zu hyperplastischen, durch Vermehrung der normalen Gewebelemente, durch Volumenzunahme und Veränderungen in der Gestaltung der betroffenen Teile bezeichneten Vorgängen komme, welche in Bezug auf das kytogene Lager manche Eigentümlichkeiten darböten. Es handelt sich also hier hauptsächlich um die sog. Rachentonsille, resp. deren Hypertrophie.

Mir erscheint Wendt's Ätiologie in Bezug auf diese Erkrankung nicht zutreffend. Ich kann mir nicht denken, dass „chronische Ernährungsstörungen der Schleimhaut“ zu einer Hypertrophie der Rachentonsille führen können. Ich halte dafür, dass dieser letztere Zustand in der Regel nicht erworben wird, sondern angeboren ist, resp. dass die Rachentonsille nach der Geburt in vielen Fällen in ihrem Wachstum nicht nur nicht zurückbleibt, sondern vielleicht noch fortschreitet. Es wäre nicht undenkbar, dass sich derartige Zustände besonders dann geltend machen, wenn gerade eine Disposition zu Nasen- und Rachenkatarrhen, eine erbliche Anlage zu solchen, vorläge.

Ich möchte, wie ich auch schon früher anderwärts²⁾ mich aussprach, die Rachentonsille am ehesten mit der Thymusdrüse oder den Gaumenmandeln in Vergleich ziehen. Es ist mir wenigstens aufgefallen, dass die adenoide Substanz im Nasenrachenraume bei Kindern unverhältnissmässig gross und um so voluminöser angetroffen wird, je jünger das damit behaftete Indivi-

¹⁾ a. a. O. Seite 305 u. ff. — Übrigens spricht Wendt auch schon Seite 274 u. f. von einer Hypertrophie und Atrophie der Rachenschleimhaut bei Gelegenheit des Retronasalkatarrhes, und sagt, dass jene beide „meist im Verlaufe des chronischen Katarrhes“ einträten.

²⁾ Medizin. chirurg. Zentralblatt 1878 Nr. 28, und Journalrevue desselben von 1880, Seite 96 u. f.

viduum ist. Bildet sich nun die Rachentonsille nicht zurück, oder ist sie von vornherein sehr gross angelegt gewesen, so können sich sehr wol chronisch-kastrhalische Zustände entwickeln, gerade so wie hypertrophische Gaumenmandeln einen fortwährenden Reiz in ihrer Umgebung unterhalten.

Es erscheint zwar durchaus nicht unmöglich, dass im Laufe eines chronischen Rachen- oder Nasenkatarrhes sich auch im kytogenen Lager die Gewebselemente vermehren; allein mir dünkt ein solcher Vorgang nicht als maassgebend für die Entstehung der Hypertrophie angesehen werden zu dürfen; denn ich fand bei Kindern die Rachentonsille relativ stets, absolut zumeist grösser, als bei Erwachsenen.

Ähnlich dürfte es sich mit den Gaumenmandeln verhalten. Werden sie hypertrophiert gefunden, so sind sie dies wol meist von Geburt an gewesen. In den meisten Fällen wissen die Eltern dies auch zu bestätigen. Ich bin auch nicht der Meinung, dass häufige Phlegmonen der Mandeln diese zur Hypertrophie erst brächten. Es kommen die akuten Mandelentzündungen vielmehr fast ausnahmslos an schon hypertrophischen Mandeln vor; denn sind die Mandeln von normaler Beschaffenheit, so fehlt ihnen sowol die innere wie äussere Gelegenheit, in einen Reizzustand zu geraten.

In Bezug auf den rarefizierenden Katarrh sagt Wendt, dass häufig, meist in vorgerücktem Alter, doch auch bei jugendlichen Individuen, oft bei Dekrepiden, bei durch erschöpfende Krankheiten Herabgekommenen, aber auch oft bei vollkommen Gesunden, die bis dahin normale oder chronisch erkrankt gewesene Auskleidung der Rachenhöhle ein Verhalten gewinne, welches auf eine verminderte Ernährung hinweise. Hier haben wir also die Pharyngitis sicca vor uns. Die ätiologischen Momente, die Wendt uns in Bezug hierauf bietet, deuten klar an, dass auch er nichts Bestimmtes darüber weiss.

Die oben mitgeteilte Stoerk'sche Ätiologie des chronischen Rachenkatarrhes halte ich für die zutreffendste, wenn mir auch seine Trennung der Pharyngitis granulosa von diesem den tatsächlichen Befunden nicht ganz zu entsprechen scheint. Auch erörtert er, gleich den übrigen Autoren, gar nicht die Frage der Erblichkeit in Bezug auf den chronischen Rachenkatarrh. Nur Mackenzie¹⁾ erwähnt vorübergehend, dass nach

¹⁾ a. a. O. Seite 42.

Green, dessen Werk mir leider nicht zugänglich ist, erbliche Einflüsse eine bedeutende ursächliche Rolle spielten.

Wenn Mackenzie¹⁾ aus der Tatsache, dass ein bedeutender Bruchteil der ihm bekannt gewordenen Fälle von chronischem Rachenkatarrhe sich bei Predigern, Sängern, Schauspielern etc. vorgefunden habe, den Schluss zieht, dass als die hauptsächlichste der unmittelbaren Erkrankungsursachen an chronischem Rachenkatarrhe Überanstrengung der Stimme anzusehen sei, so halte ich diese Folgerung nicht für zutreffend. Hier gilt nicht: *post hoc, ergo propter hoc*! Die benannten Berufsklassen weisen meines Erachtens vielmehr deshalb so viel Rachenkatarrhe auf, weil sie früher als andere Menschen durch die Folgen ihrer Erkrankung in ihrem Berufe behindert werden und deshalb auch früher und in relativ grösserer Zahl als diese einer ärztlichen Behandlung sich unterziehen. In dieser Beziehung äusserte ich mich nach dem Vorgange von Stoerk²⁾ schon in ähnlicher Weise an anderem Orte.³⁾

Ich habe im Vorhergehenden im Vorbeigehen schon angedeutet, dass ich eine Einteilung, welche mehrere Arten von Rachenkatarrhen beschreibt, nicht als zweckdienlich ansehen könne. Ich glaube, dass es am richtigsten ist, wenn man nur von einem einzigen chronischen Rachenkatarrhe spricht. Ich stimme mit Wendt, wie ich oben schon sagte, vollkommen überein, dass die Pharyngitis granulosa beim Rachenkatarrhe ein sehr gewöhnliches Vorkommniss sei. Ich habe noch kaum einen chronischen Rachenkatarrh gesehen, ohne dass die Schleimhaut des unteren Rachenabschnittes mehr oder minder stark granuliert gewesen wäre. Wol ist es mir manchmal vorgekommen, dass ein chronischer Rachenkatarrh anfänglich ein sog. reiner zu sein schien; aber meistens genügten schon 2—3 Pinselungen mit Jodglyzerin, um vollkommen deutliche Granula, manchmal überraschend viele, wenn auch in miliarer Form, hervortreten zu lassen. Der Vorgang dabei ist ein sehr einfacher, wenn man bedenkt, dass die im allgemeinen geschwellte und gerötete Schleimhaut durch die Pinselungen mit Jodglyzerin

¹⁾ a. a. O. Seite 43.

²⁾ Der Schleimhautriss. Sep.-Abdruck aus Virchow's Archiv. Bd. 60. (Seite 9 d. S.-A.)

³⁾ Ueber den Husten. Frankfurt a. M. J. Alt. 1879. Seite 17 u. f.

zu einem normaleren Verhalten zurückgeführt wird, während die Granula, in Folge ihres Baues, zu einer derartigen Rückbildung sich nicht geeignet erweisen. Zu bemerken ist hier noch besonders, dass es nicht genügt, den sich leicht präsentierenden Teil der Rachenschleimhaut zu besichtigen; man muss sein Augenmerk in nicht minderem Grade auch den Seitenteilen hinter dem hinteren Gaumenbogen zuwenden.

Die Körner (granula) entstehen meiner Erfahrung und Auffassung nach nicht; dahingegen werden sie sich im Laufe der Zeit wol vergrössern und vermehren. Ich halte jenen pathologischen Befund wenigstens in seiner Anlage für angeboren, wie ich auch schon früher an anderem Orte ¹⁾ auseinandersetzte.

Die Disposition zur Entwicklung eines chronischen Rachenkatarrhes ist um so intensiver, je stärker und zahlreicher die Granula sich auf der Rachenschleimhaut vorfinden. Der Reiz, den diese Prominenzen der Schleimhaut auf und in dieser setzen, ist ein um so erhöhter, je grösser und zahlreicher jene sind. Wirken nun in solchen Fällen auch noch andere Schädlichkeiten, wie hinabfliessendes Nasensekret, Rauch, Staub, Alkoholika etc. befördernd ein, so kann es nicht Wunder nehmen, wenn bald früher bald später die Rachenschleimhaut in höherem oder geringerem Grade in einem chronisch-katarrhalischen Zustande sich befindet.

Ich sah die stärksten Formen des granulären Rachenkatarrhes schon bei Kindern unter 10 Jahren, ja einmal bei einem solchen von noch nicht 2 Jahren, zu welchem sich jetzt noch eines von $\frac{5}{4}$ Jahren ²⁾ hinzugesellt hat. Auch habe ich mehrfach Gelegenheit gehabt, bei den verschiedenen Mitgliedern einer Familie die Pharyngitis granulosa zu konstatieren. Sie findet sich auch gleichmässig vertreten bei Rauchern wie Nichtrauchern, bei Trinkern wie Nichttrinkern. Aus alledem und insbesondere daraus, dass ich bei ganz jungen Kindern schon hohe Grade von Granulierung gefunden habe, halte ich mich für berechtigt, diese Affektion für ererbt anzusehen.

Man hat diese meine Auffassung als unberechtigt zu kennzeichnen gesucht, auch „die Darwinistische Möglichkeit“

¹⁾ a. a. O. über den Husten. Seite 26.

²⁾ Lähmung der Glottisöffner bei einem $\frac{5}{4}$ jährigen Kinde. Heilung. Deutsche mediz. Wochenschrift 1881, Nr. 2.

der Erbllichkeit des chronischen Rachenkatarrhes angezweifelt und „exaktere Beweise“ zur Erhärtung meiner Behauptung verlangt.¹⁾

Die Tatsachen, welche ich für letztere beizubringen in der Lage war und welche ich täglich vermehren kann, sprechen, ohne dass sie als „exakte“ Beweise, welche es ja in der Biologie überhaupt nicht giebt, angesehen werden können und sollen, so deutlich für die Erbllichkeit, dass es eben nur aus dem von Bollinger geltend gemachten und von mir im vorigen Abschnitte mitgetheilten Grunde erklärlich ist, warum man der auf anderen Gebieten der Biologie längst anerkannten Tatsache nicht den ihr gebührenden Raum auch in der Pathologie geben will. Ich hatte schon Gelegenheit²⁾ mitzuteilen, wie sich Häckel zu der vorliegenden Frage stellt. Er teilt nicht nur meine Ansicht, dass die Pharyngitis granulosa in hohem Maasse erblich ist, sondern kann auch selbst viele Beispiele dafür anführen. „Im einzelnen Falle wird es sich natürlich um die Frage handeln, wieviel Anteil auf die erbliche Disposition der Gewebe, wieviel auf den fortdauernden Einfluss der schädlichen Ursachen (Anpassungen an die Existenzbedingungen) zu schieben ist.“ Die Vererbung erworbener pathologischer Gewebsveränderungen werde von keinem Anhänger der Entwicklungslehre, und speziell von keinem Darwinisten, bezweifelt.

In seiner „Natürlichen Schöpfungsgeschichte“³⁾ bespricht Häckel eingehend die Gesetze der konstituierten, homochronen und homotopen Vererbung, aus welcher Darlegung ich das Notwendigste zur Begründung meiner Behauptungen heraushebe.

„Ein zweites Gesetz, welches ebenfalls unter die Reihe der progressiven oder fortschreitenden Vererbung gehört, können wir das Gesetz der befestigten oder konstituierten Vererbung nennen. Dasselbe äussert sich darin, dass Eigenschaften, die von einem Organismus während seines individuellen Lebens erworben werden, um so sicherer auf seine Nachkommen erblich übertragen werden, je längere Zeit hindurch die Ursachen jener Abänderung einwirkten, und dass diese Abänderung um so sicherer Eigentum auch aller folgenden

¹⁾ Deutsche mediz. Wochenschrift 1882, Nr. 22.

²⁾ Deutsche medizinische Wochenschrift 1882, Nr. 27.

³⁾ Siebente umgearbeitete und vermehrte Auflage. Berlin 1879. G. Reimer.
Seite 193 u. ff.

Generationen wird, je längere Zeit hindurch auch auf diese die abändernde Ursache einwirkt. Die durch Anpassung oder Abänderung neu erworbene Eigenschaft muss in der Regel erst bis zu einem gewissen Grade befestigt oder konstituiert sein, ehe mit Wahrscheinlichkeit darauf zu rechnen ist, dass sich dieselbe auch auf die Nachkommenschaft erblich überträgt. In dieser Beziehung verhält sich die Vererbung ähnlich wie die Anpassung. Je längere Zeit hindurch eine neu erworbene Eigenschaft bereits durch Vererbung übertragen ist, desto sicherer wird sie auch in den kommenden Generationen sich erhalten.

„Endlich können wir die Betrachtung der Erbliehkeitserscheinungen schliessen mit den beiden ungemein wichtigen Gesetzen der gleichörtlichen und gleichzeitlichen Vererbung. Wir verstehen darunter die Tatsache, dass Veränderungen, welche von einem Organismus während seines Lebens erworben und erblich auf seine Nachkommen übertragen wurden, bei diesen an derselben Stelle des Körpers hervortreten, an welcher der elterliche Organismus zuerst von ihnen betroffen wurde, und dass sie bei den Nachkommen auch im gleichen Lebensalter erscheinen, wie bei den ersteren.

Das Gesetz der gleichzeitlichen oder homochronen Vererbung, welches Darwin das Gesetz der „Vererbung in korrespondierendem Lebensalter“ nennt, lässt sich wiederum sehr deutlich an der Vererbung von Krankheiten nachweisen, zumal von solchen, die wegen ihrer Erbliehkeit sehr verderblich werden. Diese treten im kindlichen Organismus in der Regel zu einer Zeit auf, welche derjenigen entspricht, in welcher der elterliche Organismus die Krankheit erwarb. Erbliche Erkrankungen der Lunge, der Leber, der Zähne, des Gehirns, der Haut u. s. w. erscheinen bei den Nachkommen gewöhnlich in der gleichen Zeit oder nur wenig früher, als sie beim elterlichen Organismus eintraten, oder von diesem überhaupt erworben wurden.

„Das Gesetz der gleichörtlichen oder homotopen Vererbung endlich, welches mit dem letzterwähnten Gesetze im engsten Zusammenhange steht, und welches man auch „das Gesetz der Vererbung an korrespondierender Körperstelle“ nennen könnte, lässt sich wiederum in pathologischen Erbliehkeitsfällen sehr deutlich erkennen. Grosse Muttermale z. B., oder Pigmentanhäufungen an einzelnen Hautstellen, ebenso

Geschwülste der Haut erscheinen oft Generationen hindurch nicht allein in demselben Lebensalter, sondern auch an derselben Stelle der Haut. Ebenso ist übermässige Fettentwicklung an einzelnen Körperstellen erblich. Eigentlich aber sind für dieses Gesetz wie für das vorige zahllose Beispiele überall in der Embryologie zu finden. Sowol das Gesetz der gleichzeitlichen wie das Gesetz der gleichörtlichen Vererbung sind Grundgesetze der Embryologie oder Ontogenie“.

Meine Auffassung von der Erbllichkeit chronischer Katarrhe habe ich in meiner Arbeit über das Asthma bronchiale ¹⁾ auch auf den chronischen Nasenkatarrh ausgedehnt, und zwar gelegentlich der Erwähnung der Riegel'schen Auffassung von der Erbllichkeit des Asthma. Ich schrieb dort Folgendes: ²⁾

„Ich finde die Riegel'sche Beobachtung sehr richtig und leicht erklärlich. Ich komme nämlich mehr und mehr zu der Überzeugung, dass bei einer sehr grossen Anzahl von Menschen der chronische Nasenkatarrh als ein ererbtes Übel angesehen werden muss, welches, je nachdem grössere oder geringere Schädlichkeiten entweder auf die Nasenschleimhaut selbst oder auch auf den Gesamtorganismus während der Entwicklung des letzteren einwirken, früher oder später mit deutlicheren Symptomen in die Erscheinung, in den Kreis der Beachtung tritt. Wie die Eltern leben, so pflegen auch zumeist die Kinder ihr Leben einzurichten resp. eingerichtet zu bekommen und dann auch fortzuführen. Da finde ich es denn ganz natürlich, wenn der Sohn oder die Tochter im selben Lebensalter, wie der Vater oder die Mutter stärkere Beschwerden eines chronischen Nasenkatarrhes, der bis dahin vielleicht nicht einmal zum Bewusstsein gekommen ist, empfindet, und wenn in Folge dessen beim Kinde im gleichen Lebensalter wie beim Vorfahren asthmatische Anfälle sich einstellen.“ ³⁾

¹⁾ a. a. O. Seite 5 u. f.

²⁾ Um die Frage von der Erbllichkeit der Katarrhe im Zusammenhange erörtern zu können, habe ich im vorigen Abschnitte nur kurz auf dieselbe hingewiesen und spreche deshalb an diesem Orte auch von der Erbllichkeit des chronischen Nasenkatarrhes.

³⁾ Als ich Vorstehendes schrieb, war ich mir jener oben zitierten Haeckel'schen Darlegung nicht mehr bewusst; meinen Erklärungsversuchen hat aber jedenfalls eine dahinzielende Reminiszenz zu Grunde gelegen.

„Der chronische Nasenkatarrh scheint nicht bei allen Menschen, welche mit einem solchen behaftet sind, aus seinem Anfangsstadium, aus dem Stadium der Hypertrophie der Schleimhaut in ein solches der Atrophie überzugehen. Mir sind wenigstens Individuen bekannt, die aus ihrer Jugendzeit an einem chronischen Nasenkatarrh leiden und jetzt im höheren Alter noch das hypertrophische Stadium des Katarrhes aufweisen.

„Wenn nun aber bei Jemanden das hypertrophische Stadium allmähig in ein atrophisches sich überführt, so ist es mir mehr als wahrscheinlich, dass, wenn bei einem Nachkommen eines solchen Individuums ein chronischer Nasenkatarrh sich ausbildet, dieser unter gleichen Verhältnissen in demselben Lebensalter, wie bei dem Vorfahren, in ein atrophisches Stadium übergehen wird.

„Wenn nun gleichzeitig während des hypertrophischen Stadiums asthmatische Anfälle sich geltend machten, so werden diese, wie beim Vorfahren, mit dem Eintritte des atrophischen Stadiums schwinden, und zwar, da die beiden Stadien nur allmähig in einander übergehen, wie R i e g e l sich ausdrückt, allmähig. Auf diese Weise liesse sich nach meiner Meinung die Vererbung des Bronchialasthma leicht und natürlich stützen und erklären.“

Es mag mir gestattet sein, eine gewagte Hypothese, gewissermaassen in Frageform, hier noch anzuschliessen. Ich habe die Erfahrung gemacht und auch oben besonders betont, dass der Genuss des Rauch- wie Schnupf-Tabakes für die Nase eine ganz besondere Reizung mit sich führt, ja dass das Einatmen von Tabaksrauch bestehende Nasenkatarrhe fast augenblicklich verschlimmert, indem die Schwellung der Nasenschleimhaut erheblich zunimmt. Sollte nicht seit Einführung des Tabaks der chronische Nasenkatarrh und auch der chronische (granuläre) Rachenkatarrh, letzterer nicht sowol durch den direkten Reiz des Rauches und der Tabaksflüssigkeit, sondern auch durch das in den Pharynx hinabfliessende irritierende Nasensekret, als Erbteil bei uns sich eingeschlichen und mehr und mehr befestigt haben? Sicherlich ist hierbei in ätiologischer Beziehung der mehr oder weniger reichliche und gewohnheitsmässige Genuss alkoholhaltiger Getränke, besonders auch des Bieres, welches ja vielfach in unglaublichen Massen vertilgt wird ¹⁾, auch

¹⁾ Binz sagt (Zentralblatt für allgemeine Gesundheitspflege I. Jahrg., 5. Heft, Bonn, 1882. Strauss, Seite 140): „Überhaupt täuscht man sich fast

von erheblicher Einwirkung gewesen. Sicherlich auch liegen hier noch Einflüsse zu Grunde, welche auf die ständige Nichtbeachtung des Übels von ärztlicher Seite zu beziehen sind, und welche vermöge ihrer ausgedehnten, ja allgemeinen Verbreitung es ermöglichen, dass immer weitere Kreise dem Übel unterworfen wurden und ihm noch heute eine wachsende Extensivität und Intensivität eigentümlich ist. Erscheint meine Hypothese auch gewagt, so dürfte sie doch kaum als eine unwahrscheinliche bezeichnet werden können.

Wenn ich sage, es leide fast jeder Mensch an einem chronischen Rachenkatarrh, so stützt sich diese Behauptung natürlich nicht nur auf die von mir in meiner Praxis beobachteten Fälle, sondern muss sich auch auf die Erfahrungen beziehen, welche ich im persönlichen Umgange mit anderen Menschen ausserhalb meiner Praxis, im Theater, Konzerten etc. etc. mache, sowie auch auf Mitteilungen, welche man von Kollegen bekommt. Wenn ich aber sage, der chronische Rachenkatarrh sei fast ausnahmslos ein granulärer, so basiere ich diese Behauptung auf meine ziemlich reiche Erfahrung in meiner Praxis, nach welcher ich sagen kann, dass ein chronischer Rachenkatarrh ohne Granula, ohne Wulstbildung in den Seiten der Rachenhöhle oder auf der Fläche der hinteren Rachenwand zu den grössten Seltenheiten gehört.

Die Wendt'sche Einteilung in einen chronischen Retro-nasalkatarrh im Bereiche des Nasenrachenraumes und in einen chronischen Rachenkatarrh, beschränkt auf die untere Hälfte

allgemein über die Quantitäten des absoluten Weingeistes, die man beim Biertrinken verzehrt. Wenn der Hafenarbeiter in feuchter Kälte oder der Schnitter in heisser Sonne ein Glas Brantwein oder aus der Flasche einen kräftigen Schluck nimmt, so kann man im Durchschnitte diesen auf höchstens 10 CC. absoluten Alkohol berechnen. Wenn dagegen der Stammgast der Bierkneipe 1 Liter Bier konsumiert — und wie rasch pflegt das zu verschwinden — so gehen damit gegen 40 CC. absoluten Alkohol in die Säfte über. Zu Gunsten dieser 40 CC. lässt sich sagen, dass sie eingehüllt sind in 960 CC. Wasser, während beim Brantwein nur etwa 10 CC. Wasser die Hülle bilden; aber man weiss, wie rasch jenes Wasser den Körper wieder verlässt, während der Alkohol eine Zeit lang bleibt. Und zu Ungunsten des mit dem Biere aufgenommenen Alkohols muss gesagt werden, dass weder körperliche Anstrengung, noch atmosphärischer Einfluss sein Verbrannt- und Verzehrtwerden im Organismus unterstützt, sondern dass er einem träge, in meist dumpfer qualmiger Atmosphäre dasitzenden Körper einverleibt wird, der ihm die beste Möglichkeit gewährt, es recht lange bei ihm auszuhalten und seine Nervenzellen in immer wiederholtem Kreise zu umspülen.“

der Rachenhöhle, ist nach meiner Ansicht tatsächlich nicht zu begründen. Ich habe noch niemals einen Katarrh des Nasenrachenraumes gesehen, ohne dass auch die untere Hälfte des Rachens betroffen gewesen wäre. Es ist mir aber auch noch kein chronischer Rachenkatarrh vorgekommen, ohne dass auch der Nasenrachenraum miterkrankt gewesen wäre. Ich halte das Eine ohne das Andere für geradezu unmöglich.

Wol alle Rachenkatarrhe, wie sie dem Arzte zu Gesicht kommen, gelangen deshalb zur Untersuchung, weil die grosse Menge des Schleimes, welcher sich in der Rachenhöhle ansammelt und mit grosser Schnelligkeit erneuert, unbequem zu werden beginnt. Dieses durch seine Menge genierende Sekret kommt wol zum grössten Teile aus der Nase. Die Rachen-schleimhaut selbst sondert verhältnissmässig wenig Schleim ab, und dieser ist nicht gelblich, geschweige gelb gefärbt. Stets aber finden wir in den bezeichneten Fällen mehr oder weniger gelbes Sekret, und solches stammt aus der Nase. Es ist mir nicht undenkbar, dass, da diese Schleimmassen den Weg nach unten besonders an der hinteren Rachenwand entlang nehmen, die Schleimhaut an dieser Stelle in vorwiegender und zunehmender Weise irritiert wird. Überdies stehen mit dem Sichbemerkmachen der katarrhalischen Affektion auch andere irritierende Einflüsse, wie Tabakrauch, Staub, Schnupftabak, Alkoholika u. dgl. in ursächlichem Zusammenhang. Kann man sie auch nicht als direkte Ursachen hinstellen, so wirken sie doch jedenfalls in hohem Grade befördernd auf die Entwicklung des chronischen Katarrhes ein.

Dieser letzteren mag die „skrophulöse Beanlagung“ auch förderlich sein; doch glaube ich nicht, dass Skrophulose zu den „wichtigsten Ursachen“ des Leidens zu zählen sei; vielleicht aber geht bei Skrophulösen der Katarrh mit Vorliebe in das atrophische Stadium über.

Hochgradige Hypertrophie der sogenannten Rachentonsille sowie auch der Gaumenmandeln meine ich zu den direktesten Ursachen des chronischen Rachenkatarrhes rechnen zu sollen. Wird der Nasenweg durch die eine oder die andere Hypertrophie mehr oder weniger verschlossen, so muss zur Atmung der Mund geöffnet werden. Hierdurch wird die Schleimhaut des Rachens ausgetrocknet und gerät so in einen Reizzustand, der nicht ohne Einwirkung auf das Gewebe derselben bleiben kann.

Dass Sekret der Follikel wird quantitativ und qualitativ verändert werden, und in diesem Zustande einen kontinuierlichen Reiz für die Umgebung setzen.

Wendt¹⁾ ist auch der Ansicht, dass die Hypertrophie der Rachentonsille den chronischen Rachenkatarrh unterhalte, seine Heilung oder Besserung erschwere; auch könnte durch hypertrophische Teile die Behinderung wichtiger Funktionen herbeigeführt werden, wie Verschluss oder Verengung der Rachenmündungen von Nase und Ohr.

Zu übersehen ist auch nicht, dass, wie ich gelegentlich der Ätiologie des Nasenkatarrhes schon auseinandersetzte, im Gefolge jener Hypertrophien sich chronische Nasenkatarrhe entwickeln müssen. Dieser Zustand kann nicht sehr lange Zeit zur Entwicklung gebrauchen. Man kann ja sehr leicht auf künstlichem Wege eine ähnliche Situation schaffen. Atme man nur einmal eine Stunde lang durch den Mund, so wird man eine auffallende Wärme in der Nasenhöhle verspüren und gleichzeitig auch bei Herstellung der Nasenatmung die Bemerkung machen, dass der Nasenluftweg nicht mehr so weit ist, wie vor dem Experimente. Natürlich stellt sich in solchem Falle die Norm sehr rasch wieder her. Dadurch, dass die Nase nicht ausgelüftet wird, erhöht sich ihre Temperatur, und in Folge hiervon tritt eine Erschlaffung der Schleimhaut und der Gefässwände in deren Gefolge ein.

In der Tat habe ich bei den bezeichneten Hypertrophien stets auch einen chronischen Nasenkatarrh höheren oder niederen Grades vorgefunden, und er mag auch seinen Teil zur Entwicklung des stets vorhandenen chronischen Rachenkatarrhes beitragen.

¹⁾ a. a. O. Seite 305 u. ff.

IV. Symptome, Befund und Verlauf.

A. Chronischer Nasenkatarrh.

Das rhinoskopische Bild beim chronischen Nasenkatarrhe ist nach Stoerk¹⁾ nahezu dasselbe wie bei der akuten Form: „Injektion, Schwellung und mehr oder weniger profuse Sekretion.“ Trete der chronische Katarrh als Begleiterscheinung der Syphilis oder Skrophulose auf, so unterscheide er sich von der rein genuine Form wesentlich dadurch, dass er sich meist mit tiefer gehenden ulzerösen Prozessen kombiniere, während solches beim einfachen Katarrhe nicht stattfindet.

Das vorwiegende Symptom des chronischen Nasenkatarrhes, die andauernde Obturation der Nasengänge, werde durch die Schwellung der Schleimhaut und durch das zum Teil stagnierende Sekret bedingt.

Als Folgeerscheinung des länger bestehenden Katarrhes sähen wir in manchen Fällen Polypenbildung, polypöse Wucherung des Gewebes auftreten. Eine weitere Folge sei nicht selten Schwellung und Abszedierung der Nasenscheidewand. Bei solchen Abszessen komme auch häufig Sykosis der Scheidewand oder Nasenflügel vor, welche Affektion häufig mit Syphilis verwechselt würde. Es träten zuerst grauweissliche Erhabenheiten auf, die aus einzelnen kleinen Schwellungen entstünden.

In einem besonderen Abschnitte²⁾ spricht Stoerk noch von einem eitrigen Katarrhe der Nase; er lässt denselben aus einem akuten hervorgehen und nennt ihn einen subakuten. Man finde bei dieser Form habituelle, schleimig-eitrige Sekretion in bedeutender Menge. Die Schleimhaut werde bald welk und die Rachenwand zeige entweder in der Mittellinie einen von dem

¹⁾ a. a. O. Seite 89.

²⁾ a. a. O. Seite 86 u. ff.

herabfliessenden Sekrete gebildeten Eitersulkus oder aber eine von krümlig trockenen, grüngelben Eiterschollen bedeckte Fläche.

Eines der quälendsten Symptome des subakuten eitrigen Katarrhes sei die grosse Trockenheit der Nasenscheidewand. Diese verursache dem Kranken kontinuierliches Jucken; vermehre sich die Trockenheit, so werde die Schleimhaut rissig und es bildeten sich dort Borken.¹⁾

Eine wichtige Nebenerscheinung eines solchen eitrigen Katarrhes sei die Fortsetzung des Prozesses auf die Highmorschöhle. Die Kranken klagten am häufigsten auf einer Seite über Schmerz unter dem Jochbogen, doch sei jener zumeist ein vorübergehender und höre mit dem Eintritte reichlicherer Sekretion gewöhnlich auf, weil alsdann der den Ausführungsgang verstopfende Pfropf sich gelöst habe.

Die Stirnhöhle könne in gleicher Weise erkranken; dies dokumentiere sich durch heftigen Kopfschmerz. Die Keilbeinhöhle hat Stoerk nur einmal in gleicher Weise erkrankt gefunden.

Was den Tränennasengang anbelangt, so scheint Stoerk keine Erkrankungen desselben in Folge von Nasenkatarrh gesehen zu haben. Er teilt nur mit, dass eine Frau, die an Blennorrhoe der Konjunktiva behandelt worden sei, später eine Blennorrhoe der Nasenschleimhaut aufwies. Es liess sich nicht feststellen, ob die Infektion durch den Tränennasengang oder direkt durch Übertragung entstanden war.

Ich habe nicht selten zu beobachten Gelegenheit gehabt, dass bei chronischen Nasenkatarrhen während der ersten Jahre ihres Bestandes an jenem Auge Tränenträufeln sich einstellte, welches jener Seite der Nase entsprach, welche die am meisten und ehesten affizierte zu sein schien. Zumal dann fand

¹⁾ Fraenkel spricht auch (a. a. O. in Ziemssen IV. 1, Seite 118 u. ff.) von einem eitrigen Nasenkatarrhe (Rhinitis blennorrhoeica); doch betrachtet er denselben als einen akuten. Er komme vor bei Neugeborenen als Folge von blennorrhöischem Scheidensekret; ebenso könne Trippereiter bei Erwachsenen Veranlassung zu einem eitrigen Nasenkatarrhe geben. Dann komme derselbe vor nach Scharlach, Variola, Diphtherie, Verbrennungen der Schleimhaut. Schliesslich könne derselbe auch aus unbekannten Ursachen, vielleicht als Steigerung des einfachen Katarrhes, auftreten. Von dieser Form spricht Stoerk allein und sie wird meines Erachtens zweckmässiger als chronische bezeichnet; denn „subakut“ ist stets ein unklarer Begriff.

sich Tränenträufeln, wenn, vielleicht bedingt durch den anatomischen Bau der betreffenden Nasenseite, am Winkel des vorderen Endes der unteren Muschel sich kleine Krusten bildeten, welche, wenn sie mit dem Fingernagel entfernt werden, leicht kleine Erosionen bedingen. Es ist nicht undenkbar, dass sowol hierdurch wie durch den Katarrh im Allgemeinen nicht nur eine Reizung des ganzen Tränennasenganges und in Folge dessen katarrhalische Schwellung der Schleimhaut desselben, sondern auch sein zeitweiser Verschluss an seiner Nasenmündung bedingt wird. Mit Abnahme des Nasenkatarrhes verminderte sich auch das Tränenträufeln und verschwand schliesslich ganz.

Diese meine Beobachtungen hat Herzog¹⁾ ausdrücklich zu bestätigen vermocht. Nach einer reichen Erfahrung auf der Augenabteilung des Grazer allgemeinen Krankenhauses glaubt er annehmen zu müssen, „dass Erkrankungen der Nasenschleimhaut nicht ohne Einfluss auf den Tränennasengang seien und dass zwischen Konjunktival- und Nasenschleimhaut unter Vermittlung des Tränennasenganges eine grosse Wechselbeziehung bestehe. Ich will dahin gestellt sein lassen, welches der beiden Leiden immer das primäre sei, indem die Kranken meist mit beiden zugleich behaftet in unsere Behandlung gelangen; jedoch habe ich immer gefunden, dass die betreffenden Augenaaffektionen stets viel leichter und schneller heilten, wenn ich zu gleicher Zeit eine entsprechende Behandlung des chronischen Nasenkatarrhes einleitete.“

B. Fraenkel²⁾ unterscheidet eine hyperplastische und atrophische Form des chronischen Nasenkatarrhes. Sie gingen häufig nebeneinander her, doch scheine die atrophische Form in den meisten Fällen der Ausgang der hyperplastischen Form zu sein; jene finde sich wenigstens vorwiegend in alten Fällen und nach längerem Bestehen der anderen Form.

Bei der hypertrophischen Form erscheine die Schleimhaut verdickt und leicht gerötet, bei der atrophischen dagegen zeige sie sich dünn, häufig blass, anscheinend nur aus Bindegewebe und Gefässen bestehend und kaum noch den Namen einer Mukosa verdienend. Die Epithelien gingen in beiden

¹⁾ Wiener medizinische Presse 1881. Nr. 32.

²⁾ a. a. O. in Ziemssen IV. 1, Seite 126 u. ff.

Formen teilweise zu Grunde, weshalb die Schleimhaut opak und uneben erscheine.

Die Sekretion der chronischen Rhinitis sei sehr verschiedener Qualität und Quantität, doch von vorwiegend eitriger Beschaffenheit. Je geringer ihr Wassergehalt, desto mehr Neigung zu Borkenbildung mache sich geltend; das letztere kennzeichne besonders die atrophische Form.

Zersetzte sich das Sekret, so trete ein besonderer Gestank auf, der sich der Expirationsluft des Kranken mitteile; mit dieser Komplikation spreche man von Ozäna.

B. Fraenkel will aus der Ozäna keine besondere Krankheit gemacht wissen, weil er sich den Gestank lediglich als eine Folge stagnierender und sich zersetzender Sekrete der Nasenhöhle erklärt; dasselbe werde sowol bei Rhinitis chronica, wie bei Karies, Ulzerationen etc. gefunden. Der Geruchhafte durchaus an den Sekreten und werde bei deren Verminderung geringer. Wenn es auch manche Fälle gäbe, in denen eine Ozäna eine Zeit lang das einzige Symptom einer konstitutionellen oder hereditären Syphilis ausmache, so kenne er doch auch eine nichtdyskrasische Ozäna, die ohne tiefere Läsionen in der Nasenhöhle einhergehe und lediglich auf Zersetzung der Sekrete beruhe. Die meisten Kranken sagten aus, sie hätten erst an Schnupfen gelitten, der sich zu einem Stockschnupfen entwickelt habe, und zu diesem sei schliesslich noch der Gestank hinzugekommen.

Im Verlaufe des sogenannten Stockschnupfens könnten aus der Hyperplasie der Schleimhaut wirkliche Neubildungen und polypöse Exkreszenzen entstehen. Periost und Perichondrium werde recht selten mit ergriffen. Das Geruchsvermögen werde verringert oder gehe ganz verloren.

Bezüglich der „sekundären Folgen der chronischen Koryza“ bei Kindern bemerkt Kohts¹⁾ sehr richtig, dass bei Säuglingen schon beim Saugen und Schlafen die Respiration behindert werde. Man kann noch hinzufügen, dass das Saugen in manchen Fällen ganz unmöglich gemacht wird, nämlich, wenn der Nasenschluss ein vollkommener oder nahezu vollkommener ist.

Die Wirkung auf den Gesamtorganismus äussere sich in blasser, fahler Gesichtsfarbe und allmähig sich entwickelnder

¹⁾ a. a. O. Seite 23 u. f. (Gerhardt III. 2.)

Abmagerung. In der reichlichen Absonderung eines eiweisshaltigen eiterigen Sekretes, sowie unter Umständen in der Verpestung der durch die Nase eingeatmeten Luft dürfe für die angezogenen Zustände ein hinreichender Erklärungsgrund gefunden werden. Nicht unwesentlich werde hierbei aber auch die psychische Depression, hervorgerufen durch das Bewusstsein, an einer ekelhaften Krankheit zu leiden, mitwirken.

Michel¹⁾ trennt den chronischen Nasenkatarrh, der gewöhnlich *Stockschnupfen* genannt werde, von der *Ozäna*. Lange bestehende, zeitweilig gänzliche Verstopfung der Nase, verbunden mit reichlicher Schleimabsonderung und nasaler Sprache, charakterisierten den chronischen Katarrh. Bei saftlosen, blutleeren Individuen mit blasser, trockener Haut sei die Absonderung oft sehr gering und die Verstopfung trete nebst der stets vorhandenen Neigung zu akutem Katarrhe in den Vordergrund.

Entsprechend dem Grade des Übels sei die Nase entweder in grosser Ausdehnung ergriffen oder es seien nur die unteren oder mittleren Muscheln oder allein die hinteren Enden derselben auf einer oder auf beiden Seiten verändert. Diejenige Nasenseite, die am weitesten sei, erweise sich in der Regel am ausgeprägtesten erkrankt. Die verengte Nasenseite werde manchmal ganz gesund gefunden, oder es seien die Muscheln nur an ihren hinteren Enden in geringem Grade entartet. In mehreren Fällen sei die Scheidewand der Hauptsitz des Stockschnupfens gewesen.

Gottstein²⁾ hebt hervor, dass „besonders die Nasenscheidewand der häufige Sitz einer chronischen Perichondritis sei, die ungemein schleichend verlaufe und zu Hypertrophien führe, die sich bei der Untersuchung mit der Sonde durch ihre Härte als vom Knorpel ausgehend charakterisierten. Oft führten solche Entzündungen zur Nekrose und seien zweifellos dyskrasischen Ursprungs; aber noch öfter hinterliessen sie nur eine Verengung der Nasenhöhlen und unterschieden sich in nichts von den Hyperplasien der Schleimhaut.“

¹⁾ Die Krankheiten der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes. Berlin, Hirschwald. 1876. Seite 17 u. ff.

²⁾ Über die verschiedenen Formen der Rhinitis und deren Behandlung vermittelt der Tamponade. Berlin. klin. Wochenschrift 1881. Nr. 4. und Eulenburg's Enzyklopädie 9. Bd. Seite 450.

Ich habe noch nie beobachtet, und finde auch sonst in der Litteratur keine dahinzielende Andeutung, dass „die Nasenscheidewand der Hauptsitz des Stockschnupfens“ war; auch ist es mir nicht möglich gewesen, mich von dem häufigen Vorkommen schleichender Perichondritiden an der Nasenscheidewand zu überzeugen. Es liegt der Gedanke nahe, dass es sich in diesen Fällen um ein besonders stark entwickeltes Morgagni'sches tuberculum septi narium gehandelt hat, was bei gleichzeitigem Vorhandensein starker Verbiegungen der Scheidewand um so wahrscheinlicher erscheint. Nach Zuckerkandl¹⁾ ist die Nasenscheidewand in der regio respiratoria bedeutend dicker als „in der regio olfactoria und die Verdickung wird hauptsächlich durch eine Verstärkung der Nasenschleimhaut veranlasst. Die Verdickung ist insbesondere vorne am Eingange in die Riechspalte, zwischen den vorderen Enden der mittleren Nasenmuschel, gut ausgesprochen, allwo die Nasenscheidewand durch die Anhäufung von Drüsen in der Schleimhaut einen, von J. B. Morgagni²⁾ zuerst beschriebenen Wulst trägt.“

In nicht wenigen Fällen habe ich diesen Wulst erheblich geschwellt gefunden, und zwar zeigt diese Schwellung den teigigen Charakter der hypertrophischen Schleimhaut der unteren Muschel, bei der dieser pathologische Befund alsdann niemals fehlte, vielmehr als das hervorstechendste Symptom des chronischen Nasenkatarrhes sich darbot.

Ob ein chronischer Nasenkatarrh auch auf die Schleimhautbekleidung der so häufigen hakenförmigen Fortsätze der Nasenscheidewand und deren Verbiegungen an ihren prominentesten Partien seinen hypertrophisierenden Einfluss geltend zu machen vermag, müssen weitere Beobachtungen und Untersuchungen klar stellen. Die auf Seite 37 erörterten mechanischen Verhältnisse bei Verengerung der Nasenhöhle durch die hier in Rede stehenden pathologischen Vorkommnisse schliessen die Wahrscheinlichkeit der angedeuteten Vorgänge nicht aus.

Nach Zuckerkandl ist „die Stellung der Nasenscheidewand nur bis in das siebente Lebensjahr eine mediane und perpendikuläre. Die Verbiegungen geringeren Grades treten gewöhnlich im untersten Abschnitte des septum osseum, knapp

¹⁾ a. a. O. Seite 44 u. ff.

²⁾ Adv. anat. omnia. Lugd. Bat. 1723.

hinter der spina nasalis auf. Die Nasenscheidewand besitzt an diesem Orte eine S- oder C-förmige, knöcherne, aber zumeist knorpelige, dem septum cartilagosum angehörige Verbiegung und der konvexe Anteil der Wulstung tritt, einer Geschwulst gleich, oberhalb des Bodens der Nasenhöhle in die letztere vor. In den stärkeren Graden der Verbiegung und des asymmetrischen Standes der Scheidewand wird die den Bug aufnehmende Nasenhälfte verengt und dafür kompensatorisch die nachbarliche erweitert. Diese Verbiegung ist zuweilen so hochgradig, dass die Wölbung der Scheidewand die Nasenmuscheln berührt, wodurch die eine Nasenhöhle in ihrer Durchgängigkeit gestört wird. Zuweilen ist die Verbiegung im vorderen Anteile der knorpeligen Scheidewand eine so beträchtliche, dass es überhaupt nicht möglich ist, in die eine Nasenhöhle Einblick zu gewinnen oder ein Instrument einzuführen.“

Von den „Fortsätzen“ der Nasenscheidewand sagt Zuckerkandl, dass sehr häufig unter rechtem Winkel vom knöchernen Septum ein mit breiter Basis aufsitzender, oft die ganze Länge der knöchernen Scheidewand einnehmender, gegen das freie Ende hin sich verjüngender, kantig auslaufender, keil- oder hakenförmiger Fortsatz abgehe; in der bei weitem grösseren Anzahl der Fälle sei dabei die Nasenscheidewand verbogen, an der Gegenseite des Fortsatzes konkav. Der Fortsatz entwickle sich aus den knorpeligen Residuen in der knöchernen Scheidewand und aus diesen selbst. Der Fortsatz sei ein späteres Bildungsprodukt der Scheidewand, da er vor dem siebenten Lebensjahre nicht auftrete.

Ueber die Schiefnase hat neuestens Welcker¹⁾ sehr eingehende Untersuchungen angestellt. Er unterscheidet „1.) skolio-tische Nasen, deren knorpeliger Teil nach der entgegengesetzten Seite abweicht wie der Nasenrücken; 2.) in toto nach einer und derselben Seite abweichende Nasen.“ Er fand auch bei allen Schädeln, welche schief gestellte Nasenbeine besitzen (mit ganz verschwindenden, nicht in Betracht kommenden Ausnahmen), zugleich den unteren Teil der Nasenöffnung asymmetrisch, indem die eine Nasenöffnung tiefer ausgeschnitten und schmaler sei, als die andere und dass

¹⁾ Die Asymmetrien der Nase und des Nasenskeletes. Mit sieben Holzschnitten. Stuttgart 1882. Cotta. 35 Seiten.

in diesen Fällen die *crista nasalis* des Oberkiefers von der Seite des tiefer eingeschnittenen Nasenganges zu dem weniger tief eingeschnittenen abweiche. Der letztere finde sich bald gleichseitig mit der Abweichung der Nasenbeine, bald auf der entgegengesetzten Seite. Der tiefer ausgeschnittene Nasengang liege stets auf derjenigen Seite, nach welcher die Nasenspitze von der nach vorne verlängerten Medianebene des Kopfes sich wendet. Den durch die verbogene Scheidewand und die sog. Fortsätze der letzteren, die *crista lateralis vomeris*, verengten Nasengang fand Welcker stets auf eben der Seite, auf welcher die Nasenapertur tiefer ausgeschnitten war, und von welcher die Ebene derselben und mit ihr die Nasenspitze sich wendete.

Ist Zuckerkandl geneigt, die Verbiegung der Nasenscheidewand mit Cloquet abhängig d'une loi primitive de l'organisation sein zu lassen, so hat Welcker keinen Zweifel, dass neben den vom Wachstume des Skeletes ausgehenden Einflüssen bei der Entwicklung der Schiefnase diese, ähnlich den nicht synostotischen Schiefköpfen gewisser auf Schlafklötzen schlafender Völker durch den Druck, welchen die Nase bei habituellem Schlafen auf einer bestimmten Körperseite erleide, erworben werde.

Den Beginn der Schiefnase hat Welcker an mehreren Schädeln bereits in das 4.—5. Lebensjahr fallen sehen. Ich kann bestätigen, dass ich dieses Verhältniss an Lebenden auch einige Male beobachten konnte. Auch fand ich die Welckerschen Darlegungen betreffs der Nasenapertur und deren Verhältnisses zur Nasenspitze in den von mir seit Kurzem daraufhin genauer untersuchten Fällen für zutreffend.

Was die Ursache der Verbiegungen der Nasenscheidewand belangt, so erscheint es mir nicht unwahrscheinlich, dass dabei hervorragend Wachstumsanomalien, bedingt durch das verschieden rasche Wachstum von Knochen und Knorpel, — ich denke hierbei besonders an die von Zuckerkandl gefundenen knorpeligen Residuen der knöchernen Nasenscheidewand — in Betracht zu kommen haben. Auch muss dabei die erbliche Anlage wol als Hauptfaktor in Rechnung gezogen werden.

Was die Häufigkeit der Links- oder Rechts-Richtung der Nasenspitze betrifft, so kann ich sagen, dass ich in sechs Jahren der Beobachtung bei der überwiegenden Mehrzahl eines reichen

Materialen die Nasenspitze nach rechts gewendet und die linke Nasenseite als die verengte fand und dadurch mich gewöhnte, die umgekehrte Situation als die Ausnahme zu betrachten. Genauere Beobachtungen, im Welcker'schen Sinne, habe ich früher leider nicht gemacht. Bemerken möchte ich nur noch, dass die S-förmige Verkrümmung des Septums meist in vertikaler, selten in horizontaler Richtung sich darbot.

Die verengte Nasenseite fand sich häufig weniger intensiv erkrankt, als die andere; doch traf dies immer nur in frühen Stadien des Katarrhes zu. Hieraus ist vielleicht der Schluss zu ziehen, dass die anatomischen Verhältnisse des Nasengerüsts auf die Entwicklung eines chronischen Katarrhes von Einfluss sein könnten. Wenn Michel behauptet, dass, wenn Dornfortsätze der Scheidewand oder Verbiegungen der letzteren die eine Nasenseite verengerten, hier keine bedeutenden Schwellungen stattfinden könnten, so erscheint mir diese Behauptung mit meinen tatsächlichen Beobachtungen im Widerspruche zu stehen. Denn wenn auch die Schwellungen der verengten Seite nicht so hochgradig werden können, wie diejenigen der andern, so hindert sie doch nichts, so bedeutend zu werden, dass die ganze Nasenseite verschlossen wird.

Von der Ozäna¹⁾ sagt Michel u. A., dass die Kranken, so lange die stinkenden Sekretpfropfen sich noch in der Nasenhöhle befanden, ein Gefühl von Schwindel und eingenommenem Kopf besäßen. Auch klagten sie häufig über grosse Trockenheit im Halse.

Es fänden sich auffallend geräumige Nasenhöhlen vor, im hinteren Abschnitte sei die untere und mittlere Muschel, die Scheidewand, das Schlunddach und die hintere Wand des Nasenrachenraumes mit gelbgrünen, zusammenhängenden Borken bedeckt. Die Vordernase sei meist frei. Ich fand beim fötiden chronischen Nasenkatarrhe die letztere nie borkenfrei, dahingegen die Hinternase stets mit mehr borkigem Sekrete angefüllt, als die Vordernase.

Nach Michel liegt die mittlere Muschel vorne oft eine Strecke weit der Scheidewand an, sei mit ihr innig verwachsen oder auch nur stellenweise durch dünne Schleimhautbrücken verbunden. Ich glaube ein solches Verhalten nicht als ein

¹⁾ a. a. O. Seite 30 u. ff.

Charakteristikum der sog. Ozäna ansehen zu sollen. Ich fand derartige Verhältnisse besonders beim gewöhnlichen chronischen Katarrhe, was mir auch um so erklärlicher erscheint, als je mehr dieser in die fétide Form sich umwandelt und so zur Atrophie der Schleimhaut und Knochen führt, um so weniger jene gewebneubildende Tendenz noch vorhanden ist, welche zur Hervorbringung jener Anomalien erforderlich ist.

Die Schleimhaut, sagt Michel, bekleide überall den Knochen ziemlich knapp; nur am Vorderende der mittleren Muschel sei sie bisweilen in bedeutendem Grade geschwellt.

Niemals sah Michel Geschwüre. Hierauf fussend bestreitet er auch die Behauptung, das Wesen der Ozäna beruhe auf Verschwärungsprozessen der Schleimhaut und der Knochen.

Die Quelle des Sekretes wird von ihm in die Siebbein- und Keilbeinhöhlen verlegt.

„Entleert sich aus den letztgenannten Höhlen Schleim, so muss er bei aufrechter Haltung des Kopfes an das hintere Ende der mittleren Muschel gelangen, träufelt von da herab auf die untere und den Nasenboden und Gaumensegel. In der Rückenlage überzieht er das Schlunddach vornehmlich, in der Seitenlage des Septum.“

Diese seine Ansicht findet Michel bestätigt durch die Art der Verbreitung des Sekretes in der Hinternase; ferner in dem intensiven Geruche des flüssigen eitrigen Sekretes, das nur aus einer die Zersetzung begünstigenden Höhle stammen könne, da auf freier Fläche abgesonderter Eiter keinen Geruch verbreite. Dann auch sieht er die Hartnäckigkeit des Übels und den „unzureichenden“ Befund in der Nasenhöhle als seine Auffassung bestätigend an. Auch den Druck über den Augen und das Schwindelgefühl, was sich häufig finde, erklärt Michel als von einer starken Anfüllung der Höhlen in Folge von Verstopfung ihrer Mündungen herrührend. Dass die Ozäna eigentlich keine Erkrankung *sui generis*, sondern nur ein Symptom von Stagnation faulender Sekrete der Nasenhöhle sei, beweise der Umstand, dass bei regelmässiger Fortschaffung der Sekretmassen der Gestank verschwinde und verschwunden bleibe.

Die Kleinheit der unteren Muschel bei Ozäna sieht Michel für eine Folge der Erkrankung an. Das Schwellnetz fehle oder sei verkümmert. Die ursprüngliche Hypertrophie des submukösen Bindegewebes mache später einer Schrumpfung

Platz und bewirke Verödung des Schwellnetzes. Die trockene, glatt glänzende Rachenschleimhaut sei eine die Ozäna besonders häufig begleitende Erscheinung, was Gottstein¹⁾ neuestens bestätigt.

Nach seinen²⁾ und E. Fränkel's³⁾ anatomischen Untersuchungen hält auch Gottstein es für höchst wahrscheinlich, dass der einfachen fötiden Rhinitis eine bindegewebige Entartung der Schleimhaut mit teilweisem Untergang der Schleimdrüsen, eine Rhinitis chronica atrophicans, zu Grunde liege und dass nach Beobachtungen am Lebenden eine Verminderung der Sekretion bewirkt werde. Die weiten Nasenhöhlen hält Gottstein für ein die Atrophie der Schleimhaut begleitendes Symptom, womit er der Theorie von Zaufal⁴⁾, nach welcher die abnorme Weite der Nasenhöhle ein regelmässiges Schnaubbedürfniss hintanhaltend und die zurückgehaltenen Sekretmassen in Zersetzung überführen soll, entgegentritt.

Auch E. Fränkel⁵⁾ spricht sich dahin aus, „dass die Weite der Nasenhöhle als das Endstadium einer diffusen, anfangs hyperplastischen und späterhin (bei dazu disponierten Individuen) zur Atrophie führenden Rhinitis anzusehen“ sei.

Schaeffer⁶⁾ verwirft gleichfalls die Zaufal'sche Theorie. Den Gestank erachtet Schaeffer als ein maassgebendes diagnostisches Merkmal des fötiden chronischen Nasenkatarrhes, und es werde sowol bei hypertrophischer als atrophischer Nasenschleimhaut gefunden. „Im hypertrophischen Stadium besteht meist eine profuse, dickeiterige, rahmartige Sekretion, welche durch die hypertrophische Muschelschleimhaut mehr oder weniger am Ausfliessen nach vorne verhindert ist. Dadurch bilden sich leicht dicke Borken, namentlich im cavum pharyngo-nasale. Durch Ablösung dieser Borken kommt es leicht zu Blutungen, und bilden sich Erosionen der Schleimhaut, aus denen sich tiefere ulcera entwickeln können. Im atrophischen Stadium dagegen erscheint die Schleimhaut mattglänzend, blass,

¹⁾ Eulenburg's Enzyklopädie 9. Bd. Seite 450.

²⁾ Bresl. ärztl. Zeitschrift. 1879. Nr. 17, 18.

³⁾ Virchow's Archiv f. path. Anat. etc. 1879. 70. Bd.

⁴⁾ Archiv f. Ohrenheilk. Bd. 11. Seite 194 u. ff.

⁵⁾ Virchow's Archiv 1882. 87. Bd. Seite 290. — Auch Breslauer ärztl. Zeitschrift. 1881. Nr. 11.

⁶⁾ Monatsschrift f. Ohrenheilk. etc. 1881. Nr. 4. Sep.-Abdrk.

dünn, fest an die conchae geheftet; das Sekret ist wenig profus, zäh, dünnflüssig und bildet feine dünne Borken. Die opake Farbe erklärt sich daraus, dass die Epithelien teilweise zu Grunde gehen oder trübe werden. Die Schleimdrüsen gehen teilweise zu Grunde, die Schleimhaut entartet bindegewebig. Ausserdem tritt ein regressiver Prozess an den conchae hinzu, wodurch diese selbst atrophieren und die Nasengänge übermässig weit erscheinen lassen.“

Gottstein¹⁾ unterscheidet bei der chronischen Rhinitis ein Stadium exsudativum, das Stadium der reinen Entzündung, sowie ein Stadium atrophicans, das Stadium der regressiven Metamorphose, der Atrophie der Schleimhaut. Nach seiner Erfahrung sei der Fötor im exsudativen Stadium selten; dagegen könne derselbe als fast ausnahmsloses Symptom des atrophischen Stadiums der chronischen Rhinitis neben der Borkenbildung in der Nasenhöhle betrachtet werden.

Zu den „nicht gerade gefährlichen, so doch unangenehmen Symptomen der Nasenstenose“ zählt Gottstein²⁾ das „durch die fehlerhafte Respiration hervorgerufene „Schnarchen“, welches bei geschlossenem Munde nicht möglich sei.“ Es ist unzweifelhaft, dass das Schnarchen durch Offenstehen des Mundes leicht herbeigeführt wird. Aber dass auch bei geschlossenem Munde ein Schnarchen möglich ist und tatsächlich auch häufig stattfindet, kann man leicht feststellen und an sich selbst jeder Zeit willkürlich hervorrufen.

Die bei chronischen Nasenkatarrhen so gewöhnliche gestörte Verdauung führt Gottstein nur auf das in Folge der beim Kauen eintretenden Atemnot hervorgerufene mangelhafte Kauen der Speisen zurück. Ich glaube auch, dass dieses Moment als ein wesentliches angesehen werden muss, möchte aber auch nicht ausser Acht gelassen haben, dass, wie auch K o h t s hervorhebt, die oft ganz enorme Abgabe von Sekret aus der Schleimhaut der Nasenhöhle sowie der oft beständige Stirndruck und Kopfschmerz, endlich auch die psychische Depression von ganz bestimmendem Einflusse auf die Ernährung resp. Verdauungstätigkeit sein müssen.

Sehr zutreffend ist es, wenn Gottstein sagt: „Wenn

¹⁾ Eulenburg's Enzyklopädie 9. Bd. Seite 446 u. ff.

²⁾ Ebenda 439.

man sich von der Beschaffenheit der Schleimhaut überzeugen will, so tut man gut, sie nicht sofort, nachdem die Borken durch Einspritzungen oder in anderer Weise entfernt worden sind, sondern 1 bis 2 Stunden nachher zu besichtigen. Dann findet man dieselbe blass, vor Allem aber trocken; von dem Glanz, den die normal sezernierende Schleimhaut mehr oder minder zeigt, ist keine Spur. Allmählig bedeckt sie sich in eigentümlicher Weise mit Sekret: es erscheinen einzelne zerstreute graue Pünktchen, die Schleimhaut gewährt den Anblick, als wäre sie mit Mehlstaub bestreut. Indem nach und nach immer mehr solche Punkte erscheinen, bilden sie oft erst nach vielen Stunden eine Schichte, die die Schleimhaut gleichmässig bedeckt. Sich selbst überlassen wird dann dieses Sekret in Form der Borken und Krusten nach mehreren Tagen unter grosser Anstrengung von Seiten des Kranken durch Schneuzen entfernt. Offenbar findet nicht, wie im exsudativen Stadium eine Hypersekretion, sondern eine Verminderung der Sekretion statt.“

Gottstein hebt noch besonders hervor, dass man an demselben Präparate neben den Erscheinungen der Exsudation, Rundzellenwucherung, gleichzeitig die der regressiven Metamorphose, bindegewebige Umwandlung der Schleimhaut, sehen könne, und zwar sei dann entweder die eine Nasenseite im Stadium der Hyperplasie, die andere in dem der Atrophie oder in einer und derselben Nasenhöhle seien beide Stadien neben einander, so dass der eine Nasengang durch Hypertrophie verengt, der andere durch Atrophie erweitert und mit fötiden Borken gefüllt erscheine.

Auf Grund solcher Befunde nehmen denn auch neben Gottstein besonders Krause¹⁾ und E. Fränkel²⁾ an, dass, wenn im hypertrophischen Stadium des Katarrhes Fötör besteht, auch wol schon disseminierte atrophische Schleimhautfisteln vorhanden sein würden, die, bei der Unmöglichkeit, das gesammte Naseninnere durch Spiegeluntersuchung dem Auge vollständig zugänglich zu machen, der Beachtung um so eher entgangen sein könnten, als es keineswegs leicht erscheinen möge, über feinere Dickenunterschiede an der Mukosa des Lebenden ein sicheres Urteil abzugeben.

¹⁾ a. a. O. Seite 338.

²⁾ Virchow's Archiv 1882. 87. Bd. Seite 293. u. f.

Können diese Ausführungen auch durchaus nicht als unmögliche oder unwahrscheinliche bezeichnet werden, so möchte ich denselben doch in so lange nicht allgemeine Gültigkeit beigemessen haben, als nicht an einer grösseren Reihe von Fällen unwiderlegliche Beweise dafür erbracht sind. Der von mir auf Seite 32 angeführte Fall ¹⁾ dürfte nicht leicht im Gottstein'schen Sinne zu verwerten sein. Denn das bei stärkerer Schwellung der Nasenschleimhaut sich vermehrende und dann fötid werdende Sekret wurde nicht etwa in einem durch die Schwellung verengten Nasengange gefunden, so dass man von Retention des Sekretes hätte sprechen können, sondern es klebte besonders am hinteren Ende der unteren Muschel und an der diesem gegenüber gelegenen Stelle der Scheidewand und konnte von vorne recht gut gesehen werden. Es vermochte somit diese Sekretmasse vom eingespritzten Wasser vollkommen gut direkt gespült zu werden und dennoch war die Entfernung jener meist recht schwer und die Kranke verlor den Fötor nicht eher, als bis jene gelang. In diesem Falle war die Schleimhaut der Nase stellenweise entschieden atrophisch, besonders im Bereiche der unteren Muschel. Die Kranke hatte aber tatsächlich keine Beschwerden — die geringe Absonderung belästigte gar nicht und ging leicht von Statten, — so lange keine besondere Schwellung in der Nase eintrat. Die etwa vorhandenen atrophischen Partien bestanden doch auch, wenn Schwellung nicht vorhanden war, und der Zustand der Nase war auch soweit gebessert, dass die Kranke keine Beschwerden mehr hatte. Dieser Fall scheint mir daher für die von E. Fränkel und Krause vertretene Gottstein'sche Theorie nicht zu sprechen.

Zur Charakterisierung der chronischen Blennorrhoe sagt Stoerk ²⁾, dass bei derselben die Sekretion streckenweise gänzlich unterdrückt zu sein scheine: „Die Schleimhaut nimmt mehr den Charakter einer pyogenen Membran an, nur dass die auf pyogenen Membranen gewöhnlich sichtbaren Granulationen in der Nase nicht vorhanden sind. Die Schleimdrüsen haben sich

¹⁾ Zu dem hier besprochenen Falle möchte ich noch nachtragen, dass auch Seiler (Some remarks on the pathology of intra-nasal hypertrophies. Reprint. fr. The Philadelphia med. Times 1882. Jan. 14.) gefunden hat, dass die Schleimhaut-Hypertrophien der Nase beim Weibe während der menses und wahrscheinlich während der ersten Monate der Schwangerschaft sich vergrösserten.

²⁾ a. a. O. Seite 161 u. ff.

dabei so verändert, dass sie überhaupt aufhören, Schleim zu sezernieren, entweder weil durch den Entzündungsprozess die Mündungen derselben verschlossen werden, oder weil zwar die Sekretion noch vor sich geht, das Produkt derselben aber eine Alienation erfahren hat, in Folge deren es zum eitrigen Aussehen der Fläche kontribuiert.“ Dieses Bild stellt Stoerk in Parallele mit einem Ausgange des gutartigen chronischen Katarrhes, bei dem nach jahrelangem Bestande des letzteren die „Sekretion sich erschöpfe, die Schleimhaut trocken, anämisch und stellenweise rissig“ werde.

Von der gewöhnlichen sogenannten Ozäna unterscheidet sich die Stoerk'sche chronische Blennorrhoe wesentlich durch das stets vorhandene hochgradige Mitergriffensein des Larynx und der Trachea bei der letzteren Erkrankung. Vielleicht beruht dieser Umstand aber zu nicht geringem Teile auf der in- und extensiven Einwirkung der den fötiden Charakter des Sekretes erzeugenden Fäulnisserreger, was in den beobachteten Fällen ja um so wahrscheinlicher sich darstellt, als dieselben sich, wie ich Seite 25 hervorhob, unter besonders ungünstigen hygienischen Verhältnissen entwickelten.

Unter den Symptomen des chronischen Nasenkatarrhes habe ich bei keinem der verschiedenen Autoren das Nasenbluten angeführt gefunden. Als Komplikation mag es wol Manchem gelten, aber als beweisendes Symptom hat es meines Wissens noch Niemand betrachtet. Komplikation nenne ich es nur dann, wenn durch Kratzen mit dem Fingernagel, hauptsächlich an der Scheidewand, Exkorationen entstehen, die in Folge der dort fest und straff gespannten Schleimhaut eine stetige Quelle von Blutungen abgeben.

Es kommt aber sehr häufig vor, dass Personen aufs Bestimmteste angeben, die Nase nicht berührt zu haben, und doch habe sich Blutung aus derselben eingestellt. Meist war in solchem Falle die Situation derart, dass der Kopf vornüber geneigt war oder eine solche Lage inne hatte, in welcher eine gewisse Stauung im Bereiche des Kopfes sich geltend macht. Untersucht man solche Personen bald nach der Blutung, so findet man die blutende Stelle meist am vorderen Ende der mittleren, seltener an dem der unteren Muschel. Die Schleimhaut der blutenden Muschel ist geschwellt, stark gerötet, von prallem Aussehen. Die Absonderung aus der Nase erscheint als keine

übermässige; aber man erhält die Mitteilung, dass in der „letzten Zeit“ häufig ein leichter, nicht lang dauernder Schnupfen sich einzufinden pflege. Ich sah spontanes Nasenbluten noch nie, ohne dass ich gleichzeitig auch einen chronischen Nasenkatarrh hätte konstatieren können.

Diese Zustände habe ich besonders häufig bei Kindern gefunden, während sie bei Erwachsenen seltener zu sein scheinen. Dies erkläre ich mir daher, dass die chronischen Katarrhe, die man bei Erwachsenen und Halberwachsenen findet, zumeist von der Kinderzeit her sich entwickelt haben, was übrigens nicht selten auch bestimmt angegeben wird.

Ich halte das eben besprochene Nasenbluten für ein sicheres Symptom eines langsam sich entwickelnden chronischen Nasenkatarrhes. Für diese meine Meinung dürften Zuckerkandl's Untersuchungen¹⁾ einige Stütze bieten: „Bei weitem die meisten Entzündungen der Schleimhaut des Sinus maxillaris sind von der Schleimhaut der Nasenhöhle fortgeleitete Erkrankungen. In dieser beginnt die Affektion zuerst, breitet sich aus und geht im weiteren Verlaufe auf die Mukosa der Highmorshöhle über. Der gefässliche Zusammenhang der erwähnten Höhlen ist ein so inniger, dass auf die leichteste Erkrankung der einen die andere oft schon durch Injektion der Mukosa reagiert.“ Von der Schleimhaut der Highmorshöhle sagt Zuckerkandl, dass in Folge ihrer geringen Widerstandskraft sehr leicht Blutungen bei Entzündungen dort aufräten. Da nun Zuckerkandl²⁾ auch gefunden hat, dass die Schleimhautauskleidung der Nasengänge im Verhältnisse zu den Muscheln eine dünnere und im Infundibulum und an der Öffnung der Highmorshöhle keine scharfe Abgrenzung zwischen Mukosa der Nasen- und Kieferhöhle gegeben sei, sondern die verschiedenen Schleimhautcharaktere allmähig in einander übergehen, so liegt nichts näher, als anzunehmen, dass bei Entzündungen der Nasenschleimhaut, besonders bei Kindern — wie ich auch ausdrücklich betone — bei denen der Charakter der Schleimhaut noch ein sehr zarter ist, jene von mir als sicheres Zeichen eines langsam sich entwickelnden chronischen

¹⁾ a. a. O. S. 137 u. ff.

²⁾ a. a. O. S. 133 u. ff.

Nasentkarrhes angezogenen sog. spontanen Blutungen eintreten und zumeist im Bereiche der mittleren Muschel — wie ich gleichfalls hervorhebe — bei der Untersuchung zur Erscheinung kommen.

Die von Hartmann¹⁾ aufgestellte Behauptung, dass die meisten spontanen Nasenblutungen ihren Ursprung aus dem vorderen Teile der Nasenhöhle, und zwar entweder vom Septum oder vom Boden der Nasenhöhle nähmen, kann ich nicht bestätigen, habe vielmehr stets gefunden, dass, wenn an den genannten Stellen Blutungen eintraten, mechanische Insulte, wie Kratzen mit dem Fingernagel oder gewaltsame Herausbeförderung von festhaftenden Borken, die Ursache waren, wie ich vorhin auch schon andeutete.

Ein sicheres Symptom eines chronischen Nasentkarrhes ist mir auch abnorme Rötung der äusseren Nase, insbesondere der Nasenspitze. Meines Wissens hat bis jetzt noch Niemand für diesen, ihren Besitzern oft sehr unangenehmen Farbenwechsel den chronischen Nasentkarrh verantwortlich gemacht. Ich habe den innigen Zusammenhang zwischen chronischem Nasentkarrhe und äusserer Röte der Nase so oft schon beobachtet, auch die Gelegenheit gehabt, die verschwundene Röte nach Verschlimmerung des Katarrhes wieder auftreten und nach dessen wiederholter Besserung abermals verschwinden zu sehen, dass ich mich für berechtigt halte, anzunehmen, es werde nunmehr, nachdem auf die Tatsache von mir einmal aufmerksam gemacht ist, vielseitige Bestätigung derselben erfolgen. Will man Analogien suchen, so brauche ich nur auf den akuten Nasentkarrh aufmerksam zu machen. Es wird mir gewiss Niemand bestreiten, dass bei diesem eine sehr deutliche Rötung der äusseren Nase wol bei jedem Menschen sich zu finden pflegt.

Auffallend ist es mir stets erschienen, dass die besprochene Röte der äusseren Nase derjenigen Behandlung, welche die Schwellungen im Bereiche der mittleren Muschel in's Auge fasst, rascher weicht, als einer solchen, welche die vielleicht am meisten in die Augen springende Hypertrophie der Schleimhaut der unteren Muschel vornehmlich berücksichtigt.

¹⁾ Über Nasenblutung, Nasentamponade und deren Beziehungen zu Erkrankungen des Hörorganes. Sep.-Abdrk. a. d. Zeitschrift f. Ohrenheilkunde 1881. X. Bd.

Finden sich in der Nasenhaut stärker ausgedehnte Kapillaren oder Venen, was ja nicht gerade selten gefunden wird, so kann man meines Erachtens daraus schliessen, dass schon seit längerer Zeit eine Schleimhautschwellung im Bereiche der mittleren Muschel, die auch durch ihr vielleicht blasenförmig aufgetriebenes vorderes Ende noch ausserdem einen mehr oder weniger starken Druck auf die Scheidewand und das Nasendach ausübt, sich entwickelt hat. Stark ausgedehnte Gefässe werden mit Beseitigung des Nasenkatarrhes natürlich nicht auch verschwinden; in dieser Beziehung spreche ich selbstredend nur von der diffusen Röte der äusseren Nase.

Fragt man sich, wieso es kommt, dass bei verhältnissmässig wenigen, mit chronischem Nasenkatarrh behafteten Menschen die äussere Nase eine dauernde besondere Rötung erleide, so kann man darauf vorläufig keine präzise Antwort geben. Vielleicht ist in diesen Fällen der Verlauf der abführenden Venen ein solcher, dass durch Schwellung der Schleimhaut der oberen Nase sehr leicht eine Kompression jener herbeigeführt werden kann.

Dass die „roten Nasen“ eine Folgeerscheinung des chronischen Nasenkatarrhes sind, glaube ich auch darauf begründen zu können, dass jene bei professionellen Schnupfern, die sich natürlich auch eines hochgradigen Nasenkatarrhes erfreuen, zumeist am schlimmsten angetroffen werden. Dass der Schnupftabak einer der sichersten Erreger des chronischen Nasenkatarrhes ist, habe ich schon oben besprochen.

Die alte Überlieferung, rote Nasen zeichneten tüchtige Trinker aus, hat auch ihr Wahres. Doch muss wol in Betracht gezogen werden, was getrunken wird. Auch ist noch nicht darauf aufmerksam gemacht worden, warum Gewohnheitstrinkern rote Nasen vielfach eigen sind. Hier ist der Alkohol der Erreger des chronischen Katarrhes und dieser wieder verursacht die rote Nase, wenn die Umstände sonst dazu geeignet sind. Je alkoholreicher das Getränk ist, welches viel und täglich genossen wird, um so eher wird sich eine chronische Entzündung der Schleimhaut der Nase und des Rachens einstellen.

Die unmittelbare Ursache einer roten Nase sehe ich also entschieden in einem chronischen Katarrhe der Nasenschleimhaut, mag derselbe nun durch Schnupftabak, Alkohol oder andere Erreger herbeigeführt worden sein. Ich habe, seit ich auf diese

Frage aufmerksam wurde, noch in jedem hierher gehörigen Falle einen Katarrh der Nasenhöhle nachweisen können.

Als Folgeerscheinung des länger bestehenden Katarrhes führen Stoerk, B. Fraenkel u. A., wie schon mitgeteilt, Polypenbildung und polypöse Gewebswucherung an. Ich habe oben (Seite 37) schon dargetan, dass nur diese, nicht aber auch die umgekehrte Behauptung derselben Autoren zu recht bestehen könne.

Auch Zuckerkandl¹⁾ zählt zu den Folgezuständen der Rhinitis die Hypertrophie der Nasenschleimhaut, die Polypen und polypösen Wucherungen, sowie die Muschelatrophen und auch die Hyperostosen der Nasenmuscheln. Nach ihm beschränken sich auch die gewöhnliche Rhinitis und die mit eiterigem Exsudate nur für die geringe Anzahl der Fälle auf die Nasenschleimhaut; in der überwiegenden Mehrzahl gingen die entzündlichen Prozesse mit ihren zwei typischen Formen auch auf die Schleimhäute der nachbarlichen pneumatischen Räume über. Befielen die beiden Formen der Rhinitis, die gewöhnliche und die eiterige, auch stets die ganze Ausbreitung der Nasenschleimhaut, so seien die krankhaften Zeichen doch in der Respirationssphäre, wahrscheinlich wegen ihres grösseren Reichtumes an Gefässen, schärfer ausgesprochen, als in der *fissura olfactoria*, welche bei Schwellung der die freien Ränder der mittleren Muschel bekleidenden Mukosa durch diese, indem sie sich an die Nasenscheidewand andrücken, abgeschlossen werde. Greife die Rhinitis auf den Nasenrachenraum über, so sei in diesem die Pharynxtonsille am meisten ergriffen.

Zuckerkandl klassifiziert die Schleimhautgeschwülste der Nase in fünf Gruppen: 1) Die Hypertrophie der Nasenschleimhaut. 2) Die eigentlichen Polypen a) mit schmalem, b) mit breitem Stiele. 3) Die kleinen warzigen oder grösseren hügelartigen Geschwülste an der äusseren Nasenwand und den Lefzen des *hiatus semilunaris*. 4) Die polypösen Wucherungen a) an den Muscheln, b) am Septum. 5) Die Papillome.

Bezüglich des histologischen Baues der sog. Nasenpolypen bezieht sich Zuckerkandl auf die Untersuchungen Billroth's.²⁾

¹⁾ a. a. O. Seite 61 u. ff.

²⁾ Über den Bau der Schleimpolypen. Mit fünf Kupfertafeln. Berlin 1855. G. Reimer. 36 Seiten.

Die hügelartigen, warzenähnlichen Geschwülste stimmten in ihrer Textur mit der diffusen Hypertrophie der Nasenschleimhaut überein. Sie bestanden vorwiegend aus Drüsen mit erweiterten Follikeln; deshalb sehe man auch an der Oberfläche der Geschwülste die dilatierten Ausführungsgänge mit weiten Öffnungen ausmünden. Die polypösen Wucherungen an den hinteren Muschelenden charakterisierten sich ausser der Schleimhauthypertrophie durch den besonderen Reichtum an Gefässen (Venen).

Seiler¹⁾ sagt, dass wenn die Hypertrophien der hinteren Muschelenden bei der Rhinoskopie eine gelblich weisse Farbe zeigten, ihr Bindegewebe fester und die venösen Hohlräume nicht so zahlreich seien, wie in jenen Fällen von dunkelroter oder blauröter Farbe. Die Hypertrophie der Schleimhaut des vorderen Endes der unteren Muschel besitze nicht so zahlreiche und weite Venenhohlräume wie die hintere Hypertrophie; auch sei dort die entzündliche Infiltration und das neugebildete Bindegewebe weit reichlicher, so dass die Venenhohlräume dem festen Skeletteile nahe aufgelagert seien.

Bei den polypösen Wucherungen ist nach Zuckerkandl die Schleimhaut an den vorderen oder hinteren Muschelenden, zuweilen auch die ganze Schleimhautbekleidung der unteren Nasenmuschel vergrössert, verdickt, geschwulstartig entwickelt und häufig an der Oberfläche gelappt, einer Himbeere ähnlich geworden.

Von den eigentlichen Nasenpolypen sagt Zuckerkandl, dass sie lediglich durch ihre Form charakterisiert würden, welche sie vom ersten Auftreten bis zum Abschlusse ihres Wachstums bewahrten. „Die schmalgestielten Polypen bilden schon in ihrer frühesten Entwicklungsphase zarte, mit verhältnissmässig langen und dünnen Stielen versehene Geschwülste. Die breitgestielten, blatt- oder hahnenkammartigen beginnen damit, dass an der Kante, der sie zugehören, die Schleimhaut vorerst hypertrophiert und einen Wulst bildet; nach und nach verlängert sich die hypertrophische Stelle und das geht so fort, bis sie schliesslich zu einer grossen, in die Nasenhöhle hineinragenden Platte herangewachsen ist.“

¹⁾ Jarvis, operation in hypertrophic nasal Catarrh. Reprint. fr. the medical Record. New-York. 1881. Okt. 29. Und: Some remarks on the pathology of intra-nasal hypertrophies. Reprint. fr. The Philadelph. med. Times. 1882. Jan. 14.

Die Polypen hat Zuckerkandl gefunden 1) an den Lefzen des hiatus semilunaris, 2) im infundibulum, 3) an einem ostium ethmoidale, 4) am ostium frontale oder maxillare, 5) am Rande der mittleren Nasenmuschel resp. der medialen und lateralen Kante des unteren Randes, 6) an den Lefzen einer akzessorischen Furche, die zuweilen an der medialen Seite der mittleren Nasenmuschel auftritt, 7) an der bulla ethmoidalis, 8) im Siebbeinlabyrinth, 9) am Septum. Niemals sah er Polypen an der unteren, der oberen Nasenwand und an der unteren Muschel entstehen.

Schaeffer¹⁾ beobachtete Polypen sowol am Boden wie am Dache der Nasenhöhle, sowie auch an der Nasenscheidewand. Er stimmt Zuckerkandl bei, dass die Nasenpolypen vorwiegend an den kantigen Teilen des Siebbeines, des mittleren und oberen Nasenganges entspringen.

Dieselbe Beobachtung konnte auch ich machen. Von der Nasenscheidewand sah ich einige Male Polypen ausgehen, aber nur in der regio respiratoria. In zwei Fällen (E. 1342; E. 1504.), in denen beide Nasenhöhlen vollkommen mit zum Teile wallnussgrossen Polypen ausgestopft und die Nasenknochen auseinandergetrieben waren, fand ich, besonders im letzteren Falle ausgedehnte Verwachsungen der Polypen am hinteren Rande des Nasenbodens sowie auch an der Scheidewand. Die hier in Betracht kommenden Polypen gingen von der mittleren Muschel aus und konnten erst nach Lösung jener Adhäsionen entfernt werden.

Nach Zuckerkandl's²⁾ Untersuchungen reizen die Polypen die Schleimhaut dort, wo sie aufliegen, wodurch entzündliche Prozesse in der Mukosa veranlasst würden, die an der Stelle des immerwährenden Reizes am stärksten seien. Unter diesen Umständen erklärt es sich sehr leicht, wenn Adhäsionen der Polypen mit der Nasenschleimhaut gefunden werden.

Die Schleimpolypen fand ich zumeist von solider Struktur; nur Einzelexemplare enthielten fast stets eine Zyste, welche beim Abschneiden mit der Schlinge gewöhnlich eröffnet wurde. Ich beobachtete bei solchen mehrfach, dass sie bei starkem

¹⁾ Nasenpolypen. Sep.-Abdrk. a. d. Deutschen mediz. Wochenschrift 1882. Nr. 23.

²⁾ a. a. O. Seite 86.

Schneuzen von selbst platzten und anfänglich die Kranken täuschten, indem diese glaubten, sie wären plötzlich spontan von ihrem Leiden befreit worden. Die Zysten füllen sich aber sehr rasch wieder.

Die polypösen Wulstungen der Nasenschleimhaut fand ich in Übereinstimmung mit anderen Beobachtern am häufigsten am hinteren Ende der unteren Muschel und zwar meist beiderseits. Das hintere Ende der mittleren Muschel ist seltener betroffen, wohingegen ich deren vorderes Ende nicht selten mit einer lappen- oder kolbenförmigen Schleimhautgeschwulst, welche breit aufsass und eine grosse Wundfläche nach ihrer Abschnürung hinterliess, besetzt fand. Auch das vordere Ende der unteren Muschel ist häufig betroffen, jedoch geht deren Geschwulst gewöhnlich ohne Halsbildung in die allgemeine Hypertrophie der Muschelschleimhaut über.

Dass nicht nur die adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes, sondern auch die hinteren Hypertrophien der Nasenmuscheln das Ohr gefährden, ja vielleicht in weitaus der grössten Mehrzahl aller Fälle die eigentliche Ursache der Mittelohrkatarrhe sind, ist eine vorerst nur von Spezialisten gewürdigte Tatsache. Denselben Folgezustand bringt aber auch in nicht wenigen Fällen schon ein gewöhnlicher chronischer Nasenkatarrh, welcher nicht von den genannten Hypertrophien begleitet ist, mit sich. Liegt doch nichts näher, als dass, sobald die Schleimhaut der Nase und damit auch die des Nasenrachenraumes chronisch-katarrhalisch affiziert ist, auch die Tubenschleimhaut in Mitleidenschaft gezogen wird. Wird nun im hypertrophischen Stadium eines Nasenkatarrhes auch noch eine Nasendouche oder Spritze angewendet, so kann es kein Wunder nehmen, wenn so oft Mittelohrkatarrhe und deren Folgezustände gefunden werden.

Als Symptome des chronischen Nasenkatarrhes resp. als Folgezustände desselben müssen wir noch eine Reihe von Erscheinungen betrachten, auf die kürzlich auch Hack¹⁾ besonders aufmerksam gemacht hat. Ich habe diese Zustände eingehend schon anderwärts²⁾ besprochen.

Öfteres Niesen begleitet sehr häufig einen chronischen Nasenkatarrh, wenn die Schwellung der Schleimhaut noch keine

¹⁾ Berliner klin. Wochenschrift, 1882. Nr. 25.

²⁾ Ebenda 1882. Nr. 36. 37.

vollkommene Verlegung der Nasenhöhle hervorgebracht hat. Aber nicht bei jedem Individuum sieht man unter gleichen Verhältnissen Niesen auftreten. Am ehesten wird letzteres hervorgerufen, wenn die Nasenscheidewand, und diese wiederum in der Gegend des Tuberkulum, gereizt wird. Ich habe noch keinen sicheren Fall beobachtet, in welchem ein wirklicher Polyp die Reizung besorgte, wol aber viele Fälle von chronischem Nasenkatarrh ohne Polypenbildung, in welchen besonders früh Morgens gleich nach dem Aufstehen vielmaliges Niesen auftrat. Diese Kranken sagten aus, dass beim Erwachen die eine oder andere der beiden Nasenhöhlen entweder ganz oder fast ganz verlegt seien, und dass, während nach dem Aufstehen die Nase allmählig wieder wegsam wurde, das Niesen sich einstellte. Auch sonst bei Tage mache sich das Niesen besonders dann geltend, wenn die verlegte Nasenseite sich wieder zu öffnen beginne. Daraus ziehe ich den Schluss, dass die geschwellte Nasenschleimhaut hauptsächlich dann Niesreiz bedingt, wenn sie die Scheidewand nur leichthin berührt. Das stimmt auch mit der Tatsache, dass auf der äusseren Haut das Kitzelgefühl um so lebhafter ist, je oberflächlicher man darüber hinfährt.

In den beiden vor einiger Zeit¹⁾ von mir mitgetheilten Fällen (C. 698; B. 413) trat jedes Mal heftiges Niesen ein, sobald der chronisch-katarrhalische Zustand der Nase sich verschlimmerte. Besonders auffällig war das in dem zweiten Falle, in welchem jede „Steigerung des Schnupfens sich deutlich durch einen Kitzel, ein Kribbeln in der Nase und Brennen in den Augen markierte.“

Es scheint mir sehr gewagt, mit Hack anzunehmen, dass „der stete Hustenkitzel, an dem viele Koryzakranke häufig leiden, der ferner oft dem Niesakte zu folgen pflegt“, für die Annahme spreche, „dass unter bestimmten pathologischen Verhältnissen mit gesteigerter Erregbarkeit auch auf den Bahnen der motorischen Vagusfasern häufige Reflexe ausgelöst werden könnten.“ Der Hustenkitzel beim Schnupfen ist bei mir wenigstens bedingt durch Miterkrankung der Rachen- und Kehlkopfschleimhaut; ist solche nicht mitvorhanden, so habe ich auch keinen

¹⁾ „Das Asthma bronchiale und seine Beziehungen zum chronischen Nasenkatarrh sowie deren lokale Behandlung“ in Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge, Nr. 216, Leipzig, 1882, Breitkopf und Härtel, Seite 12 und ff.

Hustenkitzel. Derjenige Hustenkitzel aber, welcher oft dem Niesakte zu folgen pflegt, dürfte wol weniger auf Reizung von der Nase aus, als vielmehr auf direkte Reizung resp. Beleidigung der Interarytaenoidal-Schleimhaut durch den Niesakt selbst zurückzuführen sein. Der bei mir in Folge Reizung des Nasenbodens entstehende Hustenreiz ist sofort nach Sistierung der ersteren wieder verschwunden, während ich nach heftigen Niesakten, wie ich solche bei mir durch Einblasung eines ganz schwachen Höllensteinpulvers hervorzurufen vermag, einen fast eine Stunde dauernden, intensiven Kehlkopfkitzel verspüre. Aus diesem Grunde bin ich geneigt, den nach einem Niesakte entstehenden Hustenkitzel auf die direkte Insultierung der Interarytaenoidalgegend durch ersteren zurückzuführen.

Der in meiner Schrift über das Asthma noch erwähnte Fall D. 1245 bot eine eigentümliche Erscheinung, welche man wol als hierher gehörig reklamieren könnte. Die beiden Nasenhöhlen waren mit Polypen vollgepackt; es bestanden asthmatische Beschwerden und Emphysem. Der Kranke hatte die Meinung, er dürfe mit dem Rücken die Stuhllehne nicht berühren, ohne einen Hustenanfall zu bekommen. In der Tat bekam der Herr sehr leicht Husten, wenn der Kopf bei der Nasenuntersuchung rückwärts gebogen wurde. Als die Polypen entfernt waren, kam ein Hustenanfall, soviel ich mich erinnere, nie mehr vor.

Ein anderer Fall (F. 1580) betrifft einen etwa 60-jährigen Herrn A. H. der auch stets, sobald er sich mit dem Rücken anlehnte, Husten bekam. Der hochgradige, schon lange bestehende Nasenkatarrh wurde lokal behandelt und schon nach wenigen Tagen war der Hustenreiz beim Anlehnen des Rückens nicht mehr vorhanden. Gleichzeitig aber war auch der schon seit Monaten bestehende Schwindel und Kopfschmerz verschwunden. Die früher besonders auch im Bereiche der mittleren Muschel bestandene Schleimhautschwellung war sehr reduziert. Die Abhängigkeit von Husten Seitens Erkrankung der Nasenschleimhaut ist auch von Seiler¹⁾ beobachtet worden. Beständiger diffuser Druck, ja Schmerz in der Stirn- und Schläfengegend mit Ausstrahlung bis in den Hinterkopf ist besonders bei hochgradigem Nasenkatarrhe ein häufiges Symptom. Dies

¹⁾ Two cases of reflex laryngeal cough, to irritation of the nasal mucous membrane. Archives of Laryng. 1882. Vol. III. Nr. 3.

wird auch von Hack gebührend hervorgehoben. Die gleiche Angabe findet sich bei Herzog¹⁾, Schäffer²⁾ und neuestens auch bei Hartmann.³⁾

Seiler⁴⁾ sagt auch von dem Stirnkopfschmerze, als einem Symptome des chronischen Nasenkatarrhes, dass er nur selten fehle und häufig den Charakter einer Neuralgie annehme, glaubt aber, dass derselbe verursacht werde durch von Seiten der geschwellten Schleimhaut, welche die Stirn- und Kieferhöhlen auskleide, ausgeübten Druck auf die sensitiven Nervenfasern. Als ein weiteres Symptom des chronischen Nasenkatarrhes giebt Seiler mit Recht auch Gedächtnisschwäche und Unfähigkeit, seine Gedanken auf einen bestimmten Gegenstand zu konzentrieren an. Ich habe das gleichfalls des öfteren konstatieren können, und neuestens bestätigt auch Hack in seinem Falle 8 diese Beobachtung.

Derselbe hat auch Supraorbitalneuralgie, Kephhalgie, Migraine abhängig von Nasenkatarrh gefunden. Die gleiche Beobachtung konnte auch ich⁵⁾ machen, und Hartmann⁶⁾ theilte jüngst zwei Fälle von Supraorbitalneuralgie, hervorgerufen durch Empyem der Nebenhöhlen der Nase in Folge von Behinderung des Sekretabflusses aus dem mittleren Nasengange, dessen Schleimhaut bedeutend geschwellt war, mit.

Dass sich bei chronischem Nasenkatarrhe brennende Schmerzen innerhalb des Augapfels sowie in den Augenlidern einstellen können, beobachtete ich gelegentlich des vorhin zitierten Falles B. 413.⁷⁾ Hack konnte ähnliche Beobachtungen mittheilen.

Derselbe stellte auch fest, dass von der Schleimhaut der Nasen- und Rachenhöhle Glottiskrampf ausgelöst werden könne. Dass zwischen diesen Höhlen und dem Kehlkopfe enge Wechselbeziehungen bestehen, ist ja von verschiedenen Autoren, so auch von mir⁸⁾, beobachtet worden.

¹⁾ Wiener mediz. Presse 1881. Nr. 32.

²⁾ Deutsche mediz. Wochenschrift 1882. Nr. 23.

³⁾ Berlin. klin. Wochenschrift 1882. Nr. 48.

⁴⁾ The Philadelphia medical times. October 8. 1881.

⁵⁾ Berlin klin. Wochenschrift 1882. Nr. 36, 37.

⁶⁾ Ebenda 1882. Nr. 48.

⁷⁾ Asthma etc. Seite 15 u. f.

⁸⁾ Deutsche mediz. Wochenschrift 1877. Nr. 1.

Die von Hack ausgesprochene Vermutung, dass Reflex-epilepsie auch wol einmal in Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes wurzeln könne, muss auch ich auf Grund eines von mir mitgetheilten¹⁾, allerdings mehr in den nächsten Abschnitt gehörigen Falles einer besonderen Beachtung empfehlen. Dass Erkrankungen des Kehlkopfes als Ursache von Epilepsie sich geltend machen können, hat schon Sommerbrodt²⁾ erwiesen, indem in einem Falle von Epilepsie diese nach Entfernung eines grossen Fibromes des Kehlkopfes verschwand.

Die von Voltolini³⁾, Hänisch⁴⁾, Schaeffer⁵⁾ und Hartmann⁶⁾ beobachtete Erscheinung, dass Nasenpolypen Asthma bronchiale im Gefolge haben können, ist auch von mir⁷⁾ schon früher bestätigt worden. Auch B. Fraenkel⁸⁾, Hack⁹⁾, Porter, Rumbold, Daly¹⁰⁾, Mulhall¹¹⁾ haben solche Beobachtungen mitgeteilt. In meiner eingehenden Arbeit über Asthma¹²⁾ habe ich anlässlich eines dort publizierten Falles mich dahin ausgesprochen, dass das sog. Heuasthma nicht verschieden von dem Bronchialasthma sei, indem dasselbe gleichfalls durch die Schwellung der Nasenschleimhaut hervorgerufen werde, wenn dieselbe auch durch Einatmung von Blütenstaub oder dergl. besondere Vermehrung der Schwellung erfahre.

Abszedierungen am Septum oder überhaupt Beteiligung des Periostes oder Perichondriums im Verlaufe des chronischen Nasenkatarrhes habe ich, abgesehen von spezifischen Erkrankungs-

1) Berlin. klin. Wochenschrift 1882. Nr. 36, 37.

2) Ebenda 1876. Nr. 39.

3) Die Anwendung der Galvanokaustik im Innern des Kehlkopfes und Schlundkopfes etc. 2. Auflage. Wien, Braumüller 1871. Seite 246 u. f.

4) Zur Ätiologie und Therapie des Asthma bronchiale. Berliner klin. Wochenschrift 1874. Nr. 40.

5) Asthma und seine Behandlung. Deutsche mediz. Wochenschrift 1879 Nr. 32, 33.

6) Deutsche mediz. Wochenschrift 1879. Nr. 28, 29, 30.

7) Mediz.-chirurg. Zentralblatt 1879. Nr. 46.

8) Berliner klin. Wochenschrift 1881. Nr. 16, 17.

9) Ebenda 1882. Nr. 25.

10) Archives of Laryngology 1882. Vol. III. Nr. 2.

11) Annales des malad. de l'oreille, du larynx etc. 1882. Tome VIII. Nr. 3.

12) Volkmann's Vorträge 1882. Nr. 216. Seite 18.

formen, nur als auf mechanischem Wege hervorgerufen beobachtet. Ob bei den Auftreibungen des Septums immer eine Perichondritis zu Grunde liegt, wie Gottstein anzunehmen scheint, dürfte zum mindesten fraglich erscheinen.

Die auch von Stoerk und B. Fraenkel hervor gehobene Beteiligung der die Nasenlöcher bildenden Haut sowie der Oberlippe kommt nicht selten beim chronischen Nasenkatarrh vor. Ja, manchmal ist die Infiltration so stark, dass die Nase und Oberlippe ganz starr sich anfühlen. Solche Zustände habe ich meistens bei skrophulösen Individuen, besonders Kindern, beobachtet, dann aber auch bei solchen, die ihren Nasenkatarrh sehr vernachlässigten und die Borken fortwährend in trockenem, harten Zustande entfernten.

Die Verminderung des Geruchsvermögens, resp. dessen gänzlichen Verlust in Folge von Nasenkatarrh habe ich des Öfteren bestätigt gefunden. Wenn von einzelnen Autoren auch eine Herabsetzung des Geschmackssinnes beobachtet wurde, so kann wol angenommen werden, dass gleichzeitig ein hochgradiger Rachenkatarrh bestand.

Dass der Geruchssinn bei chronischem Nasenkatarrh leidet, erscheint in Folge der mechanischen Einrichtungen der Nasenhöhle als selbstverständlich. Dieselben bedingen bei Schwellung der Schleimhaut, insbesondere derjenigen der mittleren Muschel, eine Verengerung oder gar einen Verschluss des zur Riechschleimhaut führenden Weges. Überdies kann, wie die Versuche von Tourtual, Weber und Fröhlich¹⁾ lehren, eine verhältnissmässig geringfügige Veränderung der Riechschleimhaut nicht bloß die Geruchsintensität vermindern, sondern überhaupt die Wahrnehmung der Gerüche auf eine verschieden lange Zeit beeinträchtigen. Dass die Riechschleimhaut selbst bei chronischem Nasenkatarrh, mag derselbe nun einfacher oder fötider Natur sein, durch das vermehrte und chemisch auch veränderte Sekret in Mitleidenschaft gezogen wird, kann kaum bezweifelt werden. Am meisten aber findet man den Geruchssinn abgeschwächt, manchmal sogar bis auf ein Minimum, bei fötidem Katarrh.

v. Vintschgau¹⁾ bemerkt bezüglich der Abstumpfung

¹⁾ v. Vintschgau, Geruchssinn, in Hermann, Handbuch der Physiologie III. Bd. 2. Th. Seite 281 u. f. Leipzig. Vogel. 1880.

des Geruchssinnes, dass, wenn das Geruchsorgan durch einige Zeit sehr intensiven Gerüchen ausgesetzt sei, der Geruchssinn für solche Gerüche abgestumpft werde. Es schiene aber auch, dass der Geruchssinn durch die Einwirkung von starken Gerüchen vollständig vernichtet werden könne; man finde wenigstens von Graves eine diesbezügliche Angabe verzeichnet.

Darnach wäre es ja gar nicht zu verwundern, wenn schon durch den Gestank, den der fötide chronische Nasenkatarrh verbreitet, der Geruchssinn des betreffenden Kranken, soweit er nicht schon durch den lange bestehenden Katarrh zerstört ist, bis auf ein Minimum verloren ginge. Wir brauchten dann gar nicht erst das die Schleimhaut in so hohem Grade irritierende Sekret als Urheber in Betracht zu ziehen.

Eine Abnahme des Geruchssinnes habe ich häufig bei solchen gefunden, die gewohnheitsmässig den Tabakrauch durch die Nase blasen. Ich fand in solchen Fällen stets auch einen chronischen Nasenkatarrh. v. Vintschgau¹⁾ berichtet, dass das „Tabakrauchen gar keine Wirkung auf den Olfaktorius erzeugte.“ Ich muss dem entschieden widersprechen. Ich nehme nämlich an, dass zu solchem Versuche der Tabakrauch direkt in die Nase eingesogen wurde. Ich kann mit Sicherheit angeben, dass, wenn ich den von der Zigarre selbst aufsteigenden Rauch direkt durch die Nase einsauge, mein Geruchssinn für kurze Zeit wenigstens alteriert ist. Wird dieser Vorgang nun vielfach wiederholt, so ist wol denkbar, dass der Geruchssinn überhaupt eine gewisse Abnahme erfährt. Lässt man den Tabaksrauch nur von hinten in die Nase eindringen, so gelangt von demselben freilich nur sehr wenig in die Geruchsspalte; allein die gewohnheitsmässige Wiederholung dieser Prozedur dürfte doch geeignet erscheinen, im Laufe der Zeit die Riechschleimhaut derart zu verändern, dass eine Verminderung der Geruchsintensität als unbedingte Folge sich ergäbe. In den von mir beobachteten Fällen, in denen stets auch ein mehr oder weniger erheblicher chronischer Nasenkatarrh sich vorfand, mag dieser letztere wol einen Hauptbeweggrund für die Abnahme des Riechvermögens abgegeben haben, allein das gewohnheitsmässige Tabakrauchen (durch die Nase) dürfte für die letztere auch mit verantwortlich zu machen sein.

¹⁾ a. a. O. Seite 277.

Man ist jetzt wol ziemlich allgemein der Meinung, dass die sog. Ozäna keine Erkrankung für sich ist und dass der Name, weil er nur ein Symptom bedeute, fallen gelassen werden müsse. Ich habe vorgeschlagen, von einem einfachen und fötiden chronischen Nasenkatarrhe zu sprechen, was von Herzog¹⁾ auch angenommen worden ist. Ich glaube, dass es bei Lebenden wenigstens mit Sicherheit und in jedem Falle, nicht möglich ist, nach dem anatomischen Charakter, wie E. Fränkel²⁾ will, die Terminologie zu wählen, und kann deshalb auch der von Gottstein³⁾ vorgeschlagenen Benennung nicht zustimmen. Ich halte dies um so mehr für notwendig, als es doch noch keineswegs für ausgemacht gelten kann, dass Schleimhautatrophie für die sog. Ozäna charakteristisch ist. Ist in einem gegebenen Falle die Hypertrophie oder Atrophie besonders hervortretend, so glaube ich, dass diesem Umstande am besten zusätzlich Ausdruck gegeben wird. Ulzerationsprozesse in der Nase halte ich, wie schon in einem früheren Abschnitte gesagt, für spezifischer Natur. Ich bin der Meinung, dass man in solchen Fällen sich am deutlichsten ausdrückt, wenn man von Lues, Lupus, Skrophulose etc. der Nase spricht.

1) Wiener mediz. Presse. 1881. Nr. 30.

2) Virchow's Archiv 87. Bd. Seite 295.

3) Eulenburg's Enzyklopädie, 9. Bd. Seite 446. u. ff.

B. Chronischer Rachenkatarrh.

Nach Stoerk ¹⁾ fasst der chronische Rachenkatarrh, wenn er ein genuiner und kein konsekutiver sei, ein Erkranken der ganzen Schleimhaut des Rachens in sich. Die letztere zeige im Gegensatze zum akuten Katarrhe eine geringere Schwellung und weniger intensive und ungleichmässige Rötung. Von den Symptomen sei das auffallendste die Klagen des Kranken über Trockenheit und konstantes Fremdgefühl im Halse. Im Gefolge des chronischen Rachenkatarrhes träten oft erhebliche Relaxationen der Schleimhaut auf, so dass insbesondere das Zäpfchen sich ausserordentlich verlängere und dadurch den Kehldeckel streifen könne. Nach sehr langer Dauer der Schleimhautsucculenz komme es zu Wucherungen des Papillarkörpers, zur gruppenweisen Entwicklung von Papillomen, insbesondere an der seitlichen und hinteren Fläche des Gaumensegels.

Zur Pharyngitis granulosa bemerkt Stoerk ²⁾, dass nach seinen Erfahrungen gerade bei sehr magerer Schleimhaut die Granulationen auf der hinteren Rachenwand vorkämen. Er wendet sich entschieden gegen die Auffassung, die in Rede stehende Erkrankung sei eine wahre Hypertrophie der Rachenschleimhaut; sie sei vielmehr als ein stellenweises Erkranken des Epithels zu bezeichnen. Den Granulis fehle die oberste Epithelschichte der Pharynxschleimhaut, so dass wegen des Mangels der schützenden Decke eine grössere Empfindlichkeit auftrete, wodurch die Kranken zur Klage über Trockenheit, Kratzen oder bedeutenderen Schmerz im Halse veranlasst würden. Die einzelnen Granulationen zeigten nur aufgequollene, rundliche, grosse Epithelzellen. Diese Granulationen kämen nicht nur in

¹⁾ a. a. O. Seite 110 u. f.

²⁾ a. a. O. Seite 113 u. f.

der Mitte des Pharynx, sondern auch rechts und links neben den Falten des arcus palati vor, indem sie teils der Falte entlang nach unten und oben sich erstreckten, teils auf die Falte selbst übergingen, so dass man statt einer runden Granulation eine längliche, rote, exkorierte Stelle sehe. Die hierdurch hervorgerufene Hyperästhesie des Rachens sei oft sehr hochgradig.

Diese granuläre Erkrankung der Seitenwand des Rachens ist von Moritz Schmidt¹⁾ mit dem besonderen Namen Pharyngitis lateralis belegt worden. Ich glaube nicht, dass durch diese Benennung etwas gewonnen wird, vielmehr die irrige Meinung hervorgerufen werden könnte, der beschriebene Befund stelle eine Krankheit für sich dar.

Wendt²⁾ trennt bekanntlich in seiner Darstellung den chronischen Retronasalkatarrh von dem chronischen Rachenkatarrhe. Der ersteré würde übrigens richtiger Pharyngonasalkatarrh heissen, wenn Wendt ihn schon gesondert betrachten will. Ich hebe aus seiner Darstellung nur Einiges heraus, um Wiederholungen zu vermeiden.

Die im Nasenrachenraume „oft wahrzunehmende Vergrösserung der Follikel sei meist durch hypertrophische Vorgänge derselben bedingt, zuweilen durch Eiterung (chronischer, follikulärer, granulöser Retronasalkatarrh).“ Es komme oft zu Erweiterung und Hypertrophie der Schleimdrüsen; die Sekretion sei meist sehr erheblich erhöht. „Die Oberfläche der Teile sei in der Regel mit einer verschieden dicken, oft sehr mächtigen Lage glasigen hellen oder grauen, weissgrauen, weissgelblichen, auch gelblichen oder gelbgrünen Schleimes überzogen, welcher meist eine kolossale Zähigkeit besitze.“ Erosionen sowie auch kleine follikuläre Geschwürcen beobachteten Wendt und Stoerk.

Von dem „chronischen Katarrhe des Rachens“ sagt Wendt, dass auch bei ausgesprochener Hypertrophie eine sehr beträchtliche Dickenzunahme der Wandung nicht statfinde. „Dagegen sei das Vorkommen einzelner oder zahlreicher flacher, gleichgefärbter oder grauer bis graurötlicher Hervorragungen (geschwellte und neugebildete Follikel, erweiterte und hypertrophische Schleim-

¹⁾ Über Pharyngitis lateralis. Deutsches Archiv für klin. Medizin 1880. Seite 421 u. ff.

²⁾ a. a. O. Seite 274 u. ff., sowie Seite 282 u. f.

drüsen) etwas sehr Gewöhnliches beim chronischen Rachenkatarrhe, der dann Pharyngitis granulosa genannt zu werden pflege.“ Im Laufe desselben könnten sich auch atrophische Zustände ausbilden. Symptome von Belang fehlten oft; wenn solche vorhanden wären, handle es sich meist um die verschiedenen subjektiven Empfindungen, welche hauptsächlich aus der gesteigerten oder verminderten Sekretion resultierten — Gefühl von Trockenheit, Brennen, Rauigkeit, Reiz zum Räuspern, zum Husten u. s. w.

Der hyperplastische und rarefizierende, trockene Katarrh der Nasenrachenhöhle und des Rachens, welche Wendt¹⁾ so ausführlich in eigenen Abschnitten beschreibt, sind Folgezustände des chronischen Katarrhes und als solche von ihm auch bei diesem erwähnt.

Ähnlich wie Stoerk und Wendt spricht sich Kohls²⁾ aus. Bei Übergreifen der Entzündung auf die Schleimhaut der Tube könnte auch über Ohrenschmerzen und Schwerhörigkeit geklagt werden. Handle es sich um einen chronischen Katarrh der Nasenrachenhöhle im Säuglings- und ersten Kindesalter, so könne es in Folge der unvollständigen Respiration zur mangelhaften Entwicklung des Thorax kommen (v. Tröltsch); dabei sei der Geruchssinn völlig aufgehoben. In ganz vereinzelter Fällen beobachte man, dass bei hysterischen Kindern eine besondere Reizbarkeit bestehe, so dass beim Schlucken von Speisen und Flüssigkeiten sofort ein Regurgitieren des Genossenen eintrete oder angeblich das Schlucken überhaupt nicht möglich sei.

Mackenzie³⁾ unterscheidet eine hypertrophische und eine exsudative Form des chronischen Rachenkatarrhes. Bei der ersteren sei der zuerst ergriffene Teil die hintere Pharynxwand; anfangs sei die Schleimhaut mit kleinen Erhebungen von der Grösse eines Hirsekornes wie übersät; allmähig vermehre sich die Zahl dieser Granulationen, so dass sie schliesslich breite abgeplattete Erhebungen oder lange Leisten, welche in verschiedenen, unregelmässigen Richtungen über die Schleimhaut hin verliefen, bildeten.

Bei der exsudativen Form der chronischen Pharyngitis

¹⁾ a. a. O. Seite 305 u. ff. sowie Seite 313 u. ff.

²⁾ a. a. O. Seite 136 u. ff. (Gerhardt IV. 2).

³⁾ a. a. O. Seite 44 u. ff.

beginne die Krankheit gewöhnlich auf den Tonsillen oder in deren unmittelbarer Nachbarschaft und schreite von dort gegen die hintere Pharynxwand, den Zungengrund, die Epiglottis und das Larynxinnere vor. Im ersten Beginne des Leidens erscheine das Innere des Halses trocken und glänzend, die Follikelöffnungen lebhaft rot und die Schleimhaut zwischen ihnen gewöhnlich etwas hyperämisch.

Ulzerationen von nur nennenswerter Grösse oder Tiefe kämen nur im Gefolge der Syphilis und Tuberkulose vor.

Michel¹⁾ erklärt das Sekret des chronischen Rachenkatarrhes für grau-glasig. Würde gelbes Sekret, sei es in flüssigem, sei es in getrocknetem Zustande im Rachenraume gefunden, so sei das kein Produkt des chronischen Rachenkatarrhes, sondern stamme von Geschwürsbildung oder in weit-aus den meisten Fällen von Ozäna. „Das Sekret der Rachentonsille, des chronischen Nasenkatarrhes, der Polypen sei nie intensiv gelb, rein eitrig, nie zu Borken getrocknet, sondern zum grössten Teil grau, glasig, mit gelbem Schleim untermischt und immer flüssig.“

Ich stimme mit Michel darin vollkommen überein, dass der so oft diagnostizierte Rachenkatarrh gewöhnlich der Nase angehört, ebenso wie es mir eine schon lange bekannte Tatsache ist, dass Rachen- und Nasen-Kranke ganz ungemein häufig als Magenkranke ärztlicher Seits angesehen und sogar Jahr aus Jahr ein als solche behandelt werden, ohne dass die Erfolglosigkeit der Behandlung spontan zu besserer Einsicht führt.

Dahingegen kann ich Michel gegenüber nicht zugeben, dass gelbes, eitriges Sekret, das aus der Nase stammt, stets fötid sei, also den Begriff der sog. Ozäna gebe; auch Borken die man in der Nase findet, sind beiweitem nicht immer fötid. Das kann ja aber auch gar keinem Zweifel unterliegen; denn Niemand kann leugnen, dass der Eiter von Natur keinen fötiden Charakter hat, auch wenn er eingetrocknet ist.

Das Sekret des chronischen Rachenkatarrhes ist zuerst allerdings mehr grau-glasig zu nennen. Es verändert sich aber im Verlaufe des Katarrhes, indem es konsistenter wird und eine mehr weissgraue Farbe annimmt. Das Sekret des „trockenen“

¹⁾ Zur Behandlung der Krankheiten der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfes. Leipzig, Vogel. 1880. Seite 26 u. f.

Rachenkatarrhes aber hat einen mehr gelblichen Ton; auch bilden sich dann besonders im Bereiche der Rachentonsille oft Borken, welche bei ihrer Loslösung leicht blutende Stellen hinterlassen.

In der Angabe der subjektiven Symptome des chronischen Rachenkatarrhes stimmen die einzelnen Autoren ziemlich überein. Ich möchte hierbei bemerken, wie es gar nicht selten vorkommt, dass Jemand mit grösster Bestimmtheit behauptet, er habe einen Knochen, eine Fischgräte, eine Nadel u. dgl. verschluckt; der Fremdkörper aber stecke noch oben im Halse an einer genau bezeichneten Stelle. Untersucht man nun noch so genau, so findet man sehr häufig von jenem keine Spur, stets aber einen mehr oder weniger beträchtlichen chronischen Rachenkatarrh, dessen Granula meist ziemlich gross sind, auch sehr häufig die Seitenteile der Rachenhöhle einnehmen. Das Gefühl des Fremdkörpers schwindet nicht eher, als bis die einzelnen Granula wenigstens zum grössten Teile entfernt sind.

Ich glaube nicht, dass in den hier bezeichneten Fällen ein wirkliches Fehlschlucken eines Fremdkörpers stattgefunden hat, vielmehr der durch den chronischen Rachenkatarrh verursachte Reiz erst bei Gelegenheit einer Handlung, in deren Gefolge erfahrungsgemäss jenes Fehlschlucken öfters vorkommt, zum Bewusstsein gelangte, aber in Folge der zufälligen Umstände unrichtig bezogen wurde.

Die Beobachtung von Kohts bezüglich der Schlingbeschwerden bei chronischem Rachenkatarrhe kann ich bestätigen. Die Kranken schildern ihre Beschwerden oft so, dass man glaubt, einen akuten Katarrh zu finden. Ich konstatierte in solchen Fällen stets, dass entweder die hintere Rachenwand glänzend rot und trocken war oder aber besonders die Seitenteile des Pharynx in einem erheblichen Schwellungszustande chronischer Art sich befanden.

Einer Bemerkung Wendt's möchte ich hier noch besonders Erwähnung tun. Er sagt nämlich, dass bei grossen Sekretanhäufungen im Nasenrachenraume oft Eingenommenheit des Kopfes, ja Kopfschmerzen beständen. Ich muss diese Beobachtung bestätigen, jedoch hinzufügen, dass in solchen Fällen fast ausnahmslos die Nase gleichfalls in hohem Grade chronisch-katarrhalisch affiziert ist.

Zur Klärung der Frage, als was die Granula der Rachenschleimhaut zu betrachten seien, hat Saalfeld¹⁾ eingehende mikroskopische Untersuchungen angestellt.

Zur Feststellung der normalen Beschaffenheit der Schleimhaut des Rachens in seiner unteren Hälfte hält Saalfeld die Schleimhäute von „kindlichen und weiblichen Individuen, welche makroskopisch keinerlei Hervorragungen oder sonstige Veränderungen erkennen lassen“, am besten für geeignet. Es ist wol zweifellos, dass man bei Kindern die relativ normalste Schleimhaut der Rachenhöhle finden wird; ich möchte aber doch bemerken, dass ich zwischen Männern, Frauen und Kindern keinen so grossen Unterschied gefunden habe, dass mir vielmehr „die Zahl der männlichen Individuen, deren Rachenschleimhaut mit mehr oder weniger entwickelten Granulis besetzt ist, überraschend gross“ im Verhältniss zu Frauen und Kindern nicht vorgekommen ist.

In der normalen Schleimhaut finde man innerhalb der Mukosa grössere Anhäufungen von Lymphkörperchen um die Ausführungsgänge der azinösen Schleimdrüsen und um die Gefässe liegen. Das Lymphgewebe, sei es unregelmässig oder in Gestalt von Follikeln angeordnet, könne sich bis an das Epithel erstrecken oder wenigstens so weit gegen dasselbe hinaufreichen, dass nur eine sehr dünne Bindegewebslage die oberflächlichen, Lymphkörperchen von den tiefsten Epithelialzellen scheide. Die Follikel seien nur spärlich vorhanden und bald rund, bald längsoval oder sogar birnförmig.

In der Submukosa fänden sich die meist ovalen Körper der traubenförmigen Schleimdrüsen, deren geschlängelte Ausführungsgänge in ziemlich grossen Abständen von einander an der Oberfläche mündeten. Niemals durchbohrten die Ausführungsgänge solitäre Follikel, bögen vielmehr um diese herum, um neben ihnen an die Oberfläche zu gelangen.

Bei der pathologisch veränderten Rachenschleimhaut bieten nach Saalfeld die zwischen den einzelnen Hervorragungen gelegenen Schleimhautabschnitte in den reinen Fällen von Pharyngitis granulosa ein normales Aussehen dar. Wenn sich aber mehrere Formen des chronischen Rachenkatarrhes, wie es aller-

¹⁾ Über die sogenannte Pharyngitis granulosa. Virchow's Archiv. 82. Bd. 1880. Sep. A.

dings häufig geschehe, mit einander kombinierten, dann sei neben den Granulis eine diffuse Hypertrophie oder Atrophie der Schleimhaut vorhanden.

Dass mir chronische Rachenkatarrhe fast durchgehends als granuläre vorgekommen sind, habe ich oben schon (Seite 46 ff.) auseinandergesetzt. Ich glaube aber auch kaum von einem rein granulären Rachenkatarrhe sprechen zu können. Wol mag es Fälle geben, in denen die Rachenschleimhaut ganz unbedeutende Erhebungen mit normalen Zwischenräumen aufweist. Dann aber kann man meines Erachtens auch nicht von einem chronischen Katarrhe sprechen, und der lateinische Ausdruck Pharyngitis granulosa ist doch gleichfalls nicht am Platze.¹⁾ Denn jene minimalen Granula machen keine Symptome, weil man von einer Hypersekretion dieser noch auch der übrigen Schleimhaut reden kann. Dass Saalfeld reine Formen granulärer Beschaffenheit der Rachenschleimhaut anatomisch nachgewiesen hat, bestätigt zweifellos meine Ansicht von der Erblichkeit jener.

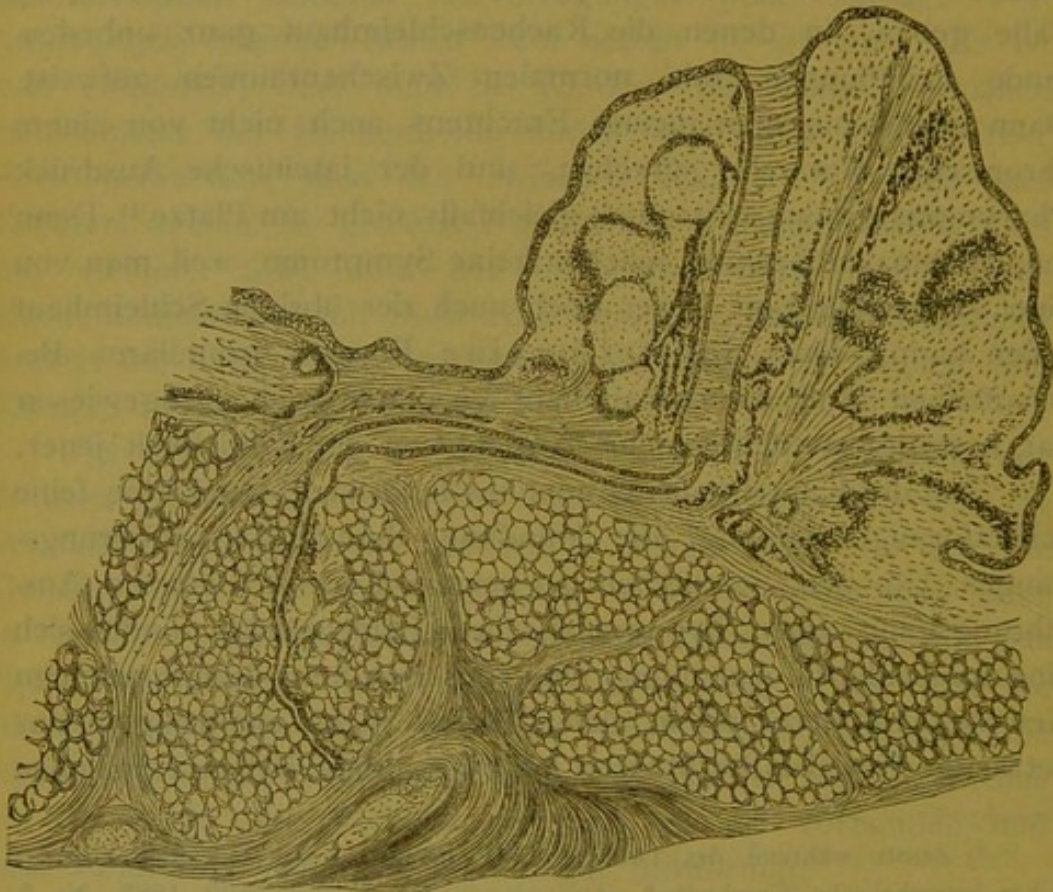
Auf der Kuppe jedes Granulums fand Saalfeld eine feine schlitzförmige Öffnung, die Mündung des Drüsenausführungsganges. Um den, vorzüglich an seinem Ende erweiterten Ausführungsgang einer hypertrophischen Schleimdrüse finde sich eine massenhafte Anhäufung von geschwelltem lymphatischem Gewebe. Letzteres sei in vielen Fällen mehr einförmig in das netzartige Gewebe der Mukosa infiltriert, ohne sich zu rundlichen

¹⁾ Zusatz während des Druckes: Virchow hat sich in einem Vortrage „Über katarrhalische Geschwüre“ (Deutsche mediz. Wochenschrift 1883. Nr. 5. Seite 72. f.) dahin ausgesprochen, „dass das Charakteristische für den Katarrh in der „Sekretion,“ nicht in der pathologischen Veränderung der Schleimhaut bestehe.“ Einen sog. trockenen Katarrh erkennt Virchow deshalb nicht an. Es sei mir gestattet, dem gegenüber zu bemerken, dass ein sog. trockener Katarrh, beispielsweise eine Pharyngitis sicca, wol unzweifelhaft, wie es scheint, aus einem „flüssigen“ Katarrhe hervorgeht und insofern jene Bezeichnung doch als keine unrichtige angesehen werden kann. Das Sekret einer Pharyngitis sicca ist, wie ich glaube, immer noch reichlicher, als in normalem Zustande; es ist aber qualitativ so verändert, dass eine rasche Eintrocknung erfolgt, bevor es durch seine Schwere oder durch Bewegungen der Schleimhaut von seiner Entstehungsstelle entfernt werden kann.

Katarrhalische Geschwüre gibt es nach Virchow nicht; man könne immer nur von Erosionen, die nicht als „Ausgang“ eines katarrhalischen Prozesses, sondern nur als Komplikation anzusehen seien, sprechen. (Man vergleiche meine gleichlautende Auffassung auf Seite 38 dieser, und Seite 19 erster Auflage vorliegender Schrift.)

oder länglichen Follikeln zusammenzuordnen; in vielen Fällen jedoch finde man neben regelloser Infiltration auch starke gewucherte Follikel, welche sich durch eine festere Fügung des retikulären Bindegewebes von ihrer Umgebung zu isolieren schienen (Fig. 8).

Fig. 8.



Senkrechter Durchschnitt durch eine mit einem stark entwickelten Granulum versehene Stelle der Pars oralis der Rachenschleimhaut eines Erwachsenen. Auf dem Granulum ist das geschichtete Pflasterepithel stark reduziert; es setzt sich in die Mündung des Drüsenausführungsganges fort. In der Umgebung des erweiterten Stückes desselben massenhaft gewuchertes lymphatisches Gewebe, bestehend aus durch dunklen Saum von der Nachbarschaft sich abhebenden geschwellten Follikeln, sowie unregelmässig angehäuften Lymphzellen. In derselben Höhe, in welcher das follikuläre Gewebe aufhört, endet auch die Erweiterung des Ausführungsganges, der jetzt in normaler Weite zu der hypertrophierten Schleimdrüse verläuft (Saalfeld).

Die in der Submukosa gelegenen hypertrophierten Schleimdrüsen seien an dem Granulum nicht beteiligt, sondern nur ihr das Gewebe durchbohrender Ausführungsgang. Dahingegen ständen die Schleimdrüsen mit der Bildung des Granulums in ursächlichem Zusammenhange, was daraus hervorgehe, dass inmitten des gewucherten Lymphgewebes der mehr oder weniger erweiterte Ausführungsgang einer hypertrophierten Schleimdrüse gelegen sei.

Während nun das Epithel in der Nachbarschaft des Granulums seine normale Mächtigkeit beibehielt, die in dasselbe hineinragenden Papillen deutlich ausgebildet waren, fand Saalfeld auf dem Granulum selbst das erstere „wahrscheinlich durch den Druck des gewucherten lymphatischen Gewebes mehr oder weniger zum Schwund gebracht“, so dass zuweilen nur noch zwei Lagen von Zellen zu erkennen waren; mitunter sah er auch die Epithellage auf der Kuppe gänzlich abgestossen und das Granulum erschien wie mit einem Substanzverluste versehen.

Bezüglich der Stoerk'schen Auffassung von der Wesenheit eines Granulums meint Saalfeld, ersterer habe nur jene „auf der Schleimhaut des Rachens, noch häufiger aber auf der des Ösophagus zuweilen sich findende kleine weissliche platte Knöpfchen“ untersucht, die sich allerdings als reine Epithelwucherungen darstellten.

Mackenzie's Annahme, dass durch Umsichgreifen der Granulationen auf die Umgebung der Mandeln diese sich vergrösserten, dürfte wenig Wahrscheinlichkeit für sich haben. Dahingegen scheint meine Behauptung, dass vergrösserte Mandeln ein Wuchern der Granulationen ausserordentlich begünstigen, weil jene den chronischen Rachenkatarrh in hohem Grade steigern und unterhalten, durch die Erfahrung erheblich gestützt zu werden.

Dass Stoerk den granulären Rachenkatarrh in der Regel bei Individuen mit sehr zarter, magerer Schleimhaut vorkommend gefunden hat, ist nicht zu verwundern. Denn die roten Körner heben sich auf blassem Hintergrunde ganz besonders gut ab. Wie ich aber oben schon (Seite 45) zu bemerken Gelegenheit nahm, werden besonders kleinere Granula sehr häufig durch Schwellung und Röthung der Schleimhaut verdeckt, können aber durch geeignete Behandlung sehr wol zum Vorschein gebracht werden.

Mackenzie's exsudative Form des chronischen Rachenkatarrhes läuft in der Beschreibung auf die sogenannte Pharyngitis sicca hinaus. Auch gewinnt man den Eindruck, als ob er geneigt sei, die letztere als das Endstadium der ersteren zu betrachten. Von der exsudativen Form sprechend sagt er, dass die chronisch entzündeten Rachenfollikel ein weisses dickliches Sekret absonderten, während er als sogenannte „trockene“

Schlundentzündung (*Pharyngitis sicca*) jenen Zustand der Follikel bezeichnet, in welchem unter dem Fortschreiten des pathologischen Prozesses in denselben ihre Funktionen beeinträchtigt seien, also ihre Sekretabsonderung sozusagen aufgehört habe.

Wendt's rarefizierender trockener Katarrh der Nasenrachenhöhle und des Rachens (Atrophie) wird von ihm selbst als *Pharyngitis sicca* bezeichnet. Er ist meiner Ansicht nach identisch mit Mackenzie's exsudativer Form. Die zuweilen vorkommende variköse Erweiterung der Venen lässt Wendt bedingt sein durch die Schrumpfung, die Rarefektion des sie umgebenden Gewebes.

Die hohen Grade von *Pharyngitis sicca* habe ich nur in Gesellschaft von fötidem, chronischem Nasenkatarrh gesehen.¹⁾

1) Nachdem der Druck dieser Schrift bis hierher schon fertig gestellt war, wurde mir erst die neueste Arbeit von Eugen Fränkel (Weitere Untersuchungen über die *Rhinitis chronica atrophica foetida*. Virchow's Archiv, 90. Bd. 3. Heft, Seite 499—520. Berlin 1882. G. Reimer) im Originale zugänglich. Er gibt Seite 514 an: „ich habe eine ganze Reihe von ausgesprochenen Fällen von *Pharyngitis sicca* gesehen, in denen mit Sicherheit jede Nasenerkrankung ausgeschlossen werden konnte, und andererseits verschiedene Fälle von zweifellos atrophierender *Rhinitis* (*ozäna simplex*), bei denen von einer *Pharyngitis sicca* nicht die Rede war.“

Ich erlaube mir an dieser Stelle auch noch der Resultate, welche E. Fränkel in der eben zitierten Arbeit glaubt erhalten zu haben, zu erwähnen. Nach ihnen liesse sich jetzt „die Frage nach der Ursache für die Entstehung des Fötors definitiv beantworten. . . . Es hat sich aus den an dem Tamponsekret erhaltenen Untersuchungen unzweideutig ergeben, dass, während das frische Sekret bei dieser Erkrankung absolut geruchfrei ist, mit dem mikroskopisch nachweisbaren Eindringen grösserer Massen von Mikroorganismen in das chemisch veränderte Sekret sich allmählig der bekannte Fötör entwickelt. . . . Die Änderung in der chemischen Zusammensetzung des Nasensekretes ist die unerlässliche Vorbedingung für die Ansiedelung von Fäulnisserregern, als welche die in dem untersuchten Sekrete so massenhaft vorgefundenen Mikroorganismen aufgefasst werden müssen.“ (Seite 506 u. f.)

Bemerken möchte ich an diesem Platze nur, dass, so wichtig und wertvoll die Fränkel'schen Untersuchungen auch sind, eine definitive Feststellung der Ätiologie des Fötors bei der sog. *Ozäna simplex* daraus so ohne Weiteres doch wol noch nicht abgeleitet werden kann, ebenso wenig, wie es schon unzweifelhaft feststeht, dass „in der Schleimhautatrophie dasjenige Moment gegeben ist, welches der Erkrankung das charakteristisch anatomische, wie klinische Gepräge aufdrückt.“ (Seite 509.)

Ich glaube, wir sollten in dieser Frage mit unseren „definitiven“ Schlüssen vorläufig noch etwas zurückhaltender sein. Ich verweise auf den Abschnitt III. A. vorliegender Schrift.

Wendt hebt auch hervor, dass öfter mit der Rachenaffektion gleichzeitig eine ausgeprägte Atrophie der Nasenschleimhaut vorhanden sei. Dies gebe sich besonders durch Blässe, Trockenheit im Allgemeinen, durch ein eigentümliches, verkümmertes, schlankes wie nacktes Aussehen der Muscheln und des Vomer kund.

Ob die Pharyngitis sicca mit dem gewöhnlichen granulären Rachenkatarrh einen gewissen Zusammenhang hat, ist, wie auch Mackenzie erwähnt, bis jetzt mit Bestimmtheit noch nicht ermittelt. Ich halte die unter der trockenen glänzenden Schleimhautfläche liegenden Höckerchen für geschwellte Follikel, oder sie sind von normaler Grösse und werden nur durch die „gespannte“ Schleimhaut deutlicher markiert. Nicht selten sieht man Sekretröpfchen aus jenen austreten.

Dass der chronische Rachenkatarrh auf den Zustand des Kehlkopfes einen sehr schädlichen Einfluss ausübt, ja fast ausnahmslos einen chronischen Katarrh der regio interarytaenoidea (der hinteren Larynxwand) im Gefolge hat und dadurch die Stimme erheblich beeinträchtigt wird, habe ich bereits an anderem Orte ¹⁾ ausgesprochen. Nächst dem hat sich ausser Mackenzie ²⁾ noch Michel ³⁾ und zwar ausführlicher darüber geäußert.

Ich kann letzterem zwar darin nicht beipflichten, dass eine „höckerige, durch die Granulationen und Hypertrophien unebene Rachenwand zur Bildung von Klagschatten — er zieht eine bucklige Spiegelfläche in Vergleich — beitrage.“ Denn ich kenne Beispiele, bei denen diese Auffassung nicht zutrifft, abgesehen davon, dass der physikalische Beweis für jene Behauptungen noch zu erbringen wäre. Teoretisch richtig aber ist, dass „Granulationen und Flächenhypertrophie, die an den hinteren Gaumenbögen sitzen, dieselben belasten und ihre Beweglichkeit vermindern.“ Doch möchte ich nicht mitbehaupten, dass sie dadurch „schwingungsunfähiger würden und die sie treffenden Schallwellen nicht weiter fortpflanzten.“

Ich bin aber sehr wol mit Michel einverstanden, wenn er sagt, dass „das gewöhnlich mit dem chronischen Rachen-

¹⁾ a. a. O. (Über den Husten) Seite 19 und 25.

²⁾ a. a. O. Seite 44.

³⁾ a. a. O. (Mundrachenhöhle und Kehlkopf) Seite 29 u. ff.

katarrhe verbundene Anstossen und Räuspern für Sänger doppelt unzutraglich werde, weil eine Reibung, Reizung der Stimmbänder jedesmal damit verbunden sei.“

Das Räuspern ist aber, wie ich schon früher ausdrücklich betonte, bedingt durch eine zumeist in Folge chronischen Rachenkatarrhes entstandene chronische Entzündung der regio interarytaenoidea. Daraus resultiert auch das von Michel erwähnte Forcieren der Stimme. Dasselbe hat nämlich, wie ich schon in meiner Broschüre (Über den Husten) ¹⁾ auseinander setzte, seinen Grund in der chronisch-entzündlichen Schwellung der Schleimhaut der Interarytänoidalgegend. Wenn die „normal beschaffene, in Falten sich legende Schleimhautpartie (i. e. reg. interaryt.) genau so viel Raum einnimmt, wie bei vollkommenem Schluss der Stimmbänder und dichtem Aneinanderliegen der Stimmfortsätze zwischen den Körpern der Stellknorpel übrig bleibt, so ist es klar, dass dieser Raum zu klein wird, sobald die Schleimhaut geschwellt ist, ein grösseres Volumen besitzt. Die notwendige Folge davon muss sein, dass die Stimmfortsätze der Stellknorpel und mit ihnen die Stimmbänder sich nicht so weit einander nähern können, als zur Tonbildung erforderlich ist. Hat die Schwellung einen gewissen Grad noch nicht überschritten, so vermag man mittelst erhöhter Anstrengung der hier in Betracht kommenden Muskeln die geschwellte Schleimhaut so weit zusammenzupressen, dass ein Schluss der Stimmbänder erfolgt und der Stimme der „heisere“ Beiklang, den sie sonst haben würde, genommen wird; allein durch die grössere Muskelanstrengung tritt bald Ermüdung ein und diese Reaktion ist um so bedeutender, je grösser und länger die Überanstrengung währte, und sie dauert so lange an, bis die Muskulatur durch die Ruhe ihre Elastizität wieder gewonnen hat. Wird die vorhandene Schwellung der Schleimhaut nicht durch geeignete Behandlung beseitigt, so kann durch die fortwährende Überanstrengung der Muskeln sogar Erschlaffung der letzteren eintreten.“ „Der Sänger verliert das richtige Muskelgefühl, d. h. er singt falsch und die Töne klingen matt und heiser.“ In ähnlicher Weise äussert sich (in der zuletzt angeführten Arbeit) auch Michel.

Derselbe hat Husten „selten rein abhängig von chronischem

¹⁾ a. a. O. Seite 6 und 19.

Rachenkatarrhe“ gefunden, während ich an dem zuletzt zitierten Orte schon darzutun versuchte, dass der beim chronischen Rachenkatarrhe häufig vorhandene Husten weniger durch Reizzustände der Rachenschleimhaut selbst, als vielmehr durch Irritierung der Schleimhaut der hinteren Kehlkopfwand erzeugt zu werden scheine. Ich bin der Meinung, dass das Fremdkörpergefühl, welches bei chronischem Rachenkatarrhe oft zu dessen quälendsten Symptomen gehört, keinen wirklichen Hustenkitzel im Gefolge hat, sondern vielmehr den unaufhörlichen Drang, durch Hustenstösse den vermeintlichen Fremdkörper zu entfernen. Für meine Auffassung spricht wol auch die Tatsache, dass solche Kranke fast stets, nachdem die Hustenstösse den Fremdkörperreiz nicht zu beseitigen vermochten, mit ihrem Finger hinter das Gaumensegel gehen, um den vermuteten Fremdkörper dort hervorzuholen. Es dürfte nur äusserst selten gelingen, einen wirklichen Rachenhusten zweifellos festzustellen.

Michel weist auf die Gerhardt-Philipeaux'sche Angabe hin, dass Stimmbandlähmungen bei bestehenden Rachenentzündungen durch elektrische Behandlung allein nicht heilbar seien, und dass Gerhardt selbst zwei paralytische Aphonien erst nach Beseitigung der hypertrophierten Mandeln zur Heilung durch den elektrischen Strom habe bringen können. Ich habe vor mehreren Jahren einen dahin gehörigen Fall beobachtet und veröffentlicht.¹⁾ Er betraf ein junges Mädchen, welches aphonisch war und trotz Anwendung von Elektrizität nicht eher geheilt wurde, als bis die hypertrophische Tonsilla pharyngea entfernt war.

Michel will öfters beobachtet haben, „dass bei Berührung des unteren Endes des hinteren Gaumenbogens oder bei Kauterisation daselbst manchen Patienten augenblicklich die Stimme versagte, dass es ihnen unmöglich war zu sprechen und für einige Momente Heiserkeit eintrat.“ Dieses Vorkommniss möchte ich aber nicht als eine Wechselwirkung oben beschriebener Art ansehen. Es dürfte vielmehr nur als eine momentane Behinderung der Stimme, hervorgerufen durch die erregten Würg-

¹⁾ Eine Stimmbandlähmung, durch Elektrizität erst nach operativer Entfernung der hypertrophierten Tonsilla pharyngea zur Heilung gebracht. Deutsche mediz. Wochenschrift 1877. Nr. 1.

bewegungen, zu betrachten sein. Man kann Derartiges sehr oft beobachten, wenn man einen Kranken unmittelbar nach einer Würgbewegung auffordert, zu sprechen. So lange die Muskulatur noch nicht wieder zur Ruhe gekommen ist, so lange hat der Betreffende auch seine Herrschaft über den Stimmapparat noch nicht wieder gewonnen; das ist aber keine Lähmung.

Es erübrigt mir noch, etwas näher auf Wendt's ¹⁾ hyperplastischen Katarrh einzugehen. Derselbe kennzeichnet sich durch Hypertrophie der sogenannten Rachentonsille. „Im Nasenrachenraume ist es besonders das kytogene Lager, welches in seiner hypertrophischen Entwicklung die räumlichen Verhältnisse der Höhle beschränkt und zu Störungen verschiedener wichtiger Funktionen Anlass gibt. Die Massenzunahme ist hier entweder überall in ungefähr gleichem Grade oder sie ist an manchen Stellen, am häufigsten an der Rachentonsille, vorwiegend ausgebildet. Sie ist meist blos der Art, dass die hervorragenden Teile nur ein massiges Aussehen, eine Verdickung ihres Überzuges oder (Tonsille) ihrer Substanz in verschiedenem Grade erlangen, die vertieften Stellen eine Verengung, Abflachung erleiden. Zuweilen ist sie jedoch so beträchtlich, dass ein Herabhängen der Tonsille über die oberen Teile der Choanen oder auch seitlich (selten) über die Tubenmündungen, eine Verengung dieser oder des Rezessus, selbst ein gänzlich Verstreichen und Verwachsen des letzteren eintritt.“

„Der hypertrophische Überzug der seitlichen Wand besitzt meist eine gleichmässige, ausser von Follikelhervorragungen, nicht unterbrochene Oberfläche. In einzelnen Fällen sind die kytogen bekleideten Stellen in kleine rundliche, flache, selbst halbkugelige oder zapfenartige Höcker, in leistenförmige Wülste erhoben. In dem nicht kytogenen Teil, der vorderen Tubengegend, ist die Dickenzunahme der Schleimhaut zuweilen mit Faltenbildung verbunden. Innerhalb des hypertrophischen kytogenen Lagers findet meist auch eine Vermehrung des gewöhnlichen Bindegewebes statt, welches die Drüsen und Gefässe begleitet.“

Eine genaue anatomische Beschreibung der Tonsilla

¹⁾ a. a. O. Seite 305 u. ff.

pharyngea hat Luschka ¹⁾ geliefert, und W. Meyer ²⁾ hat sich sehr eingehend mit derselben vom pathologischen Standpunkte aus beschäftigt.

Viktor Lange ³⁾ fand die Hauptmasse der Vegetationen auf dem Boden des Nasenrachenraumes und auf dem obersten Teile der hinteren Wand des Schlundes.

Hack ⁴⁾ betont, dass bei der Hypertrophie der Rachentonsille die Schleimproduktion in der Nasenrachenhöhle an der hinteren Rachenwand sehr vermehrt sei, während die Schleimhaut der Nase meist auffallend trocken zu sein pflege. Aus diesem letzteren Grunde sei das Bedürfniss des Schnäuzens auch ein geringes. Es gehöre zu den grössten Seltenheiten, dass die Nasenschleimhaut sich entzünde, dass auf ihr ein regelrechter Schnupfen sich entwickle. Dies beruhe auf der Unmöglichkeit, durch die Nase zu inspirieren — Hack spricht von einer so hochgradigen Hypertrophie der Rachentonsille, dass die Choanen verlegt sind —, aus welchem Umstande die Schleimhaut der Nase vor dem Eindringen entzündungserregender Stoffe geschützt werde.

Was die die Nasenhöhle betreffenden Bemerkungen Hack's anlangt, so möchte ich nur auf das von mir Seite 39 Gesagte verweisen, um darzutun, dass mir jene doch nicht als so zweifellos zutreffend erscheinen können, schon um deswillen

¹⁾ Der Schlundkopf des Menschen. Mit 12 Tafeln. Tübingen 1868. Laupp. Seite 20 u. ff.

²⁾ Archiv f. Ohrenheilk. 1873.

³⁾ Monatsschrift f. Ohrenheilk. 1880. Nr. 2. — Derselbe schreibt mir während des Druckes dieser Schrift, dass nach seiner Erfahrung, welche sich auf mehr als 200 Fälle in den letzten drei Jahren beziehe, in Dänemark die Hypertrophie des adenoiden Gewebes sehr häufig vorkomme, und dass er glaube, auch in Deutschland würde die Krankheit häufig zu treffen sein. Die Rhinoskopie genüge zur Feststellung des Befundes nicht, da sie keinen erschöpfenden Aufschluss über die wirklichen Grössenverhältnisse zu geben vermöge. Man müsse stets die Digitaluntersuchung hinzufügen; durch diese erst könne vollkommene Übersicht erlangt werden.

Was das Wachstum der sog. Pharynxtonsille betrifft, so glaubt auch Lange, dass es auf einer krankhaften Anlage beruhe; denn man sehe zuweilen, dass schon in den frühesten Perioden des Lebens die bekannten krankhaften Symptome zu Tage träten. Andererseits aber sieht er es als Regel an, dass die eigentliche Hypertrophie des adenoiden Gewebes mit dem 4.—6. Lebensjahre beginne, aber, wie auch die der Gaumenmandeln, binnen kurzer Zeit ihre Höhe erreiche.

⁴⁾ Deutsche mediz. Wochenschrift 1882. Nr. 41. Sep. Abdk.

nicht, weil ich noch niemals eine hypertrophische Rachen-tonsille ohne chronischen Nasenkatarrh beobachtete und weil eine beständige Nichtauslüftung der Nase notwendig zur Relaxation der Schleimhaut und damit zum chronischen Katarrhe derselben meines Erachtens führen muss. Auch ist es noch keineswegs festgestellt, dass eine Entzündung der Nasenschleimhaut ausschliesslich durch Eindringen entzündungserregender Stoffe bedingt werde.

Dass chronische Rachenkatarrhe besonders im Vereine mit Hypertrophie der Rachentonsille zu Tuben- und Mittelohr-Katarrhen sehr häufig führen, wird von verschiedenen Autoren angegeben und ist von mir im vorigen Abschnitte schon berührt worden.

V. Therapie.

A. Chronischer Nasenkatarrh.

Bei der Behandlung des chronischen Nasenkatarrhes ist es von der grössten Wesenheit, sein Hauptaugenmerk auf den allgemeinen Körperzustand zu richten und ganz genaue allgemeine Verhaltungsmaassregeln dem Kranken zu geben.

Das Rauchen ist durchaus zu verbieten; auch muss man darauf aufmerksam machen, dass selbst bei den geringsten Katarrhen, welche zur Behandlung kommen, es nicht rätlich ist, vor Ablauf eines vollen Jahres wieder zu rauchen; bei höheren Graden des Katarrhes muss diese Zeit natürlich entsprechend verlängert werden. Niemals aber darf ein mit Nasenkatarrh behaftet gewesener Kranker das Rauchen wieder in grossem Maassstabe betreiben.

Zu meiden ist auch rauchige oder sehr warme Zimmer-temperatur, sowie auch das anhaltende Vornübergeneigthalten des Kopfes. Nachtheilig wirkt auch auf die Durchgängigkeit der Nase das Tiefliegen des Kopfes im Bette; mässige Hochlagerung wird stets angenehm empfunden. Das Priessen ist selbstredend untersagt.

Bier, viel Wein und Spirituosen, sowie auch scharf gewürzte Speisen, letztere besonders auch wegen des fast stets vorhandenen gleichzeitigen Rachenkatarrhes, sind gleichfalls zu meiden. Wenig Wein sowie ein guter Äpfelwein ist erlaubt, wie auch gegen den Genuss von Salat, bei dem kein scharfer Essig und kein Pfeffer verwendet ist, Nichts eingewendet werden kann.

Für gute Ernährung ist unter allen Umständen Sorge zu tragen. Ich verweise diesbezüglich auch auf das am Schlusse dieses Abschnittes Gesagte. Ist der Magen in Mitleidenschaft gezogen, so ist diesem Umstande ganz besondere Sorgfalt zu

widmen. Ich beziehe mich hier auf die bei Magenerkrankungen etc. zu treffenden besonderen Vorschriften, verfehle aber nicht, darauf aufmerksam zu machen, solchen Kranken sogleich den Kaffeegenuss zu verbieten und an dessen Stelle es mit einem leichten Aufgusse von schwarzem Thee zu versuchen. Die nicht selten zu hörenden Einwendungen der Kranken, dass der Thee sie aufrege, dürfen nicht irreführen. Denn solche Zustände treten fast nur bei zu starkem Aufgusse ein und wenn der letztere zu lange auf den Theeblättern steht.

Ganz besonderen Wert lege ich auch auf eine geregelte Hautpflege. Ein jeder Mensch, sei er gesund oder zu Katarrhen besonders disponiert, sollte sich täglich seinen ganzen Körper, einschliesslich der Füsse, mit kaltem Wasser abwaschen, und zwar muss dies Morgens sogleich nach dem Aufstehen geschehen. Man kann damit in jeder Jahreszeit beginnen; im Winter mag es im warmen Zimmer geschehen, wenn Jemand die Kälte fürchtet, aber doch mit kaltem Wasser. Es muss aber wol darauf aufmerksam gemacht werden, dass Jeder selbst die Waschungen an sich vornimmt, dazu auch nur seine Hand, also weder Schwamm noch Lappen oder dergl., verwendet. Dadurch wird eine ganz erhebliche Menge Wärme produziert und durch diesen Umstand tritt viel weniger Frostgefühl auch bei denjenigen Personen ein, die sonst glauben, sich vor kaltem Wasser fürchten zu müssen. Nicht zu unterschätzen ist beim Selbstwaschen auch noch die Wirkung, welche durch die Dehnung des Brustkorbes auf die Lungen ausgeübt wird; bei Kindern hat solches entschieden eine erhöhte Bedeutung in Bezug auf die Entwicklung des Brustkorbes und der Lungen. Kinder sollen schon mit vollendetem dritten Lebensjahre zum Selbstwaschen ihres ganzen Körpers angeleitet werden.

Die Abwaschungen beginnt man am besten mit dem Oberkörper, lässt dann, nachdem dieser abgetrocknet ist, Becken und Beine sowie die Füsse folgen. Das Abtrocknen hat so zu geschehen, dass die Haut nicht mehr nass ist; doch soll nicht bis zur vollkommenen Trockenheit gerieben werden. Die ganze Prozedur muss in 5—7 Minuten beendet sein.

Diese allgemeinen Verhaltungsmaassregeln sind mindestens ebenso wichtig wie die nunmehr zu erörternden besonderen lokalen Eingriffe. Will man gute Erfolge haben, so muss man strenge auf Einhaltung jener dringen und sehen.

Zu den hauptsächlichsten therapeutischen Mitteln zur Behandlung eines chronischen Nasenkatarrhes gehört fast noch allgemein das Ausspritzen der Nase. Die Einen halten die sogenannte Nasendouche, die Anderen die Spritze von vorne, und wieder Andere die Retronasaldouche für das geeignetste Instrument, die Nase von den Sekretmassen dauernd oder zeitweilig zu befreien.

Als Ausspritzungsflüssigkeit findet man durchgehends warmes, ja manchmal recht warmes Wasser, in welchem entweder Adstringentia, Desinfizientia oder Resolventia in verschiedener Konzentrierung gelöst sind, verordnet. Michel¹⁾ empfiehlt, sowol bei Ozäna wie bei chronischem Nasenkatarrhe die Nasendouche mit kaltem Wasser ausführen zu lassen.

Ich lasse seit längerer Zeit schon in den Fällen, bei denen ich eine Ausspritzung der Nase überhaupt noch anwende, „kühles“ d. h. kaum laues Wasser nehmen.²⁾ Warmes Wasser eignet sich deshalb nicht zur Ausspritzung der Nase, weil es die Schleimhaut ausserordentlich erschlaft und dadurch eine recht unangenehme Verlegung der Nase herbeiführt. Ganz kaltes Wasser kann ich deshalb nicht anraten, weil es dem Kranken entschieden unangenehm, ja schmerzhaft ist. Das habe ich öfters bei Nasenbluten zu finden Gelegenheit gehabt, wenn ich zur Stillung desselben kaltes Wasser benutzte. Eine zusammenziehende Wirkung auf die Schleimhaut der Nase übt aber auch schon „kühles“ Wasser aus. Haben sich die Kranken erst an dieses gewöhnt, so nehmen sie später sehr oft aus eigenem Antriebe, wenigstens im Sommer, einfach abgestandenes Wasser.

Ich wende die Ausspritzung der Nase nur noch sehr selten an. Allein in den allerschlimmsten Fällen von chronischem Nasenkatarrhe, insbesondere aber wenn derselbe fötider Natur ist, lasse ich die Nase noch ausspritzen.³⁾ Dieses geschieht alsdann 4—6—8-mal täglich mit je einem halben Liter Wasser, in welchem Soda, Chlorkali oder Kochsalz gelöst ist. Als In-

¹⁾ a. a. O. (Krankheiten d. Mundrachenh. u. d. Kehlkopfes) Seite 7.

²⁾ Ich machte hierauf schon vor Michel aufmerksam, u. zw. im Mediz. chirurg. Zentralblatt 1880. Nr. 1. und 2.

³⁾ Mit dem, was ich über die Anwendung der Nasenausspritzung gesagt habe, hat sich Gottstein vollständig einverstanden erklärt. Deutsche mediz. Wochenschrift 1882. Nr. 22.

strument verwende ich eine Spritze von etwa 100 Grm. Inhalt, mit konischer, kurzer Spitze. Am meisten verwende ich Soda und Chlorkali, seltener Kochsalz. Ich verwende keine Adstringentia, weil ich mich niemals davon habe überzeugen können, dass sie irgend welche Heilwirkung im vorliegenden Falle besitzen, vielleicht deshalb nicht, weil sie wegen der Ausbreitung ihrer Wirkung auf die ganze Nasen- und Rachenschleimhaut nur in sehr verdünnter Lösung angewendet werden dürfen, dahingegen, wenn sie unglücklicher Weise in's Mittelohr eindringen, dort weit üblere Wirkungen entfalten können, als sie im günstigsten Falle Gutes zu leisten vermögen.

Ueber die Th. Weber'sche Nasendouche äussert sich Weber-Liel¹⁾ folgendermassen:

„Es handelt sich dabei nicht um einen kontinuierlichen Wasserstrahl, sondern um einen solchen, welcher in den sich folgenden Momenten mit der Abnahme des Druckes bei fortschreitender Entleerung des Wassergefässes immer schwächer wird, und auch deshalb absatzweise wirkt, weil die den Schlauch haltende Hand nicht ganz ruhig und unverrückt gehalten zu werden pflegt. Demgemäss beobachtet man denn auch, dass während der Einwirkung dieser Douche die Kontraktion der sichtbaren Muskelgebilde keine gleichmässige ist, sondern dass sich die hinteren Gaumenbögen in einer Art zitternder Bewegung, in einem Zustande wechselnder Kontraktion befinden. Wenn also der Levator veli es ist, der den introitus tubae, bei seiner reflektorischen Kontraktion wallartig vortretend, vor dem Eindringen der einströmenden Flüssigkeit schützt²⁾, so ist es begreiflich, wie in den Momenten der nachlassenden Muskelanschwellung die gewissermaassen ruckweise durch die Nase einströmende Flüssigkeit Gelegenheit findet, in die Tuba vorzudringen. Dazu kommt, dass nach Experimenten, welche ich selbst mit einigen meiner Zuhörer mit verschiedenen Arten der Nasendouche gemacht habe, es kaum möglich ist, die Douche länger als eine halbe Minute hintereinander wirken zu lassen, ohne dass der Nisus oder die Nötigung zu einem Schluckakte

¹⁾ Zur Anwendung der Nasendouche. Berliner klinische Wochenschrift 1878. Nr. 13.

²⁾ Voltolini sagt a. a. O. Seite 242: „Während das Gaumensegel nach oben und hinten steigt, legt es sich zugleich in das Ostium tubae hinein und verschliesst dieses wie ein Ventil.“ (Rhinoskopie und Pharyngoskopie.)

eintritt. Hierbei wird aber wiederum Gelegenheit zur Eröffnung des Tubeneinganges gegeben, und wenn nicht sofort die Douche unterbrochen wird, muss Flüssigkeit in die Tuba eintreten, die dann bei längerer Fortdauer des Druckes der Douche in das Mittelohr weiter eingetrieben wird.“

Für noch schlechter als die sogenannte Nasendouche erklärt Weber-Liel die Davidson'sche Spritze (Klysopomp), mittelst welcher man durch das stossweise Zusammenpressen eines Gummiballons die aus dem Wassergefäss aspirierte Flüssigkeit in die Nase treibt.

Michel¹⁾ empfiehlt diese Spritze ganz besonders. Ich bin dagegen mit der Beurteilung von Weber-Liel sehr einverstanden. Denn das ruckweise Eintreiben von Wasser in die Nase kann unmöglich günstig auf das Verschlussbleiben der Tuben einwirken; es entstehen dabei sehr leicht Schlingbewegungen.

Weber-Liel bedient sich einer Glasspritze mit olivenförmiger Spitze, die an jener Nasenseite angesetzt wird, welche sich als die engste erwiesen hat. Ich kann diese Kautele nur empfehlen; man erfährt dadurch viel seltener das in seinen Folgen oft so unangenehme Eindringen von Flüssigkeit in's Mittelohr.

Die Stempelspritze, wie auch ich sie verwende, gibt einen gleichmässigen Wasserstrom, der aber nicht länger anhält, als das Gaumensegel seine Spannung zu erhalten vermag. Ein weiterer Vorzug, den diese Spritze vor der Davidson'schen und der Douche hat, ist der, dass sie eine grössere Aufmerksamkeit von Seiten des Kranken in ihrer Handhabung erfordert. Nachlässigkeit in dieser reisst viel weniger leicht ein. Ausserdem wird sie selten ohne Anordnung eines Arztes gekauft, eben weil sie sich nicht so bequem handhaben lässt, wie jene.²⁾

¹⁾ a. a. O. Seite 40 (Nasenrachenraum etc. 1876.)

²⁾ Die Nasendouche und das Klysopomp richten wol am meisten Unheil in den Händen derer an, die sie aus eigenem Antriebe anwenden oder einfach eine Nasendouche verordnet bekommen, ohne dass sie eingehendere Anleitung zu ihrem Gebrauche erhalten. Das letztere ist sehr geeignet, zur Schädigung des Ansehens des ärztlichen Berufes nicht unwesentlich beizutragen. In unserer Zeit sollte man wissen, dass ein „veralteter Schnupfen“ durch eine einfache Verordnung einer Nasendouche nicht geheilt werden kann, abgesehen davon, dass die Art und Weise der Verordnung ein sehr wichtiges Organ in hohem Grade zu gefährden vermag.

Ich entleere das Wasser aus der Spritze in die Nase stets nur mit mässigem Drucke. Ich finde die Ansicht Weber-Liel's, dass bei einer kräftigen Entleerung der Spritze „die reflektorische Kontraktion der muskulösen Gebilde des Gaumensegels so energisch erfolge, dass dadurch der Eingang der Tuben nicht nur zur Seite geschoben, sondern vollständig verlegt“ werde, bei Weitem nicht in allen Fällen für zutreffend. Es kommt nicht selten vor, dass das mit kräftigem Drucke in die Nase entleerte Wasser eher in der Tube ist, als das Gaumensegel sich insoweit kontrahieren konnte, dass durch dasselbe der Eingang zur Tube rechtzeitig verlegt wurde.

Bei gut geübten Kranken darf man wol einen stärkeren Druck anwenden; allein ich sehe dessen Notwendigkeit nicht ein. Sind Borken zu entfernen, so entfernt man sie besser durch öfteres Ausspritzen oder mit der Pinzette, als durch einen kräftigen Wasserstrahl, der dem Ohre Gefahr bringt.

Für nicht unwesentlich erachte ich es, die Kranken anzuweisen, während des Ausspritzens der Nase den Kopf leicht vornüber geneigt zu erhalten, damit das Wasser leichteren Abfluss findet, da der Nasenboden ohnehin nach hinten hin geneigt ist.

Ferner mache ich die Kranken ausdrücklich darauf aufmerksam, während des Ausspritzens nicht zu schlucken, dagegen den Mund zu öffnen, durch denselben ruhig zu atmen. Es ist sehr selten, dass die Kranken diese Anordnungen nicht sogleich richtig auszuführen vermögen. Ernster Zuspruch führt aber auch hier zum Ziel.

Einen besonderen Wert lege ich darauf, die erste Ausspritzung der Nase selbst vorzunehmen und die Kranken nicht eher zu verabschieden, als bis dieselben die Prozedur des Ausspritzens an sich selbst richtig ausführen. Auf diese Weise erlangt man die grösstmögliche Garantie, dass das Mittelohr vom Eindringen des Wassers verschont bleibt. Sind Septumdefekte vorhanden, so genügt bei einem intelligenten Kranken eine genaue Beschreibung der Prozedur des Ausspritzens.

Ist die Ausspritzung vollendet, so lasse ich noch für einen Augenblick das Wasser aus der Nase abtropfen. Ich mache dabei die Kranken darauf aufmerksam, dass sich einige Zeit nach Vollendung der Ausspritzung immer noch etwas Wasser

in der Nase befinde, weshalb es nicht ratsam sei, die Nase zu schnäuzen, indem man ihre beiden Öffnungen zusammen-drückt. Es dürfe vielmehr immer nur ein Nasenloch verschlossen werden, damit die Luft durch das andere ungehindert austreten könne. Wenn man nämlich beide Nasenlöcher schliesse und diesen Verschluss beim Schnäuzen durch von hinten mit Gewalt in die Nase getriebene Luft sprengt, so trete nicht nur Luft, sondern auch leicht von dem in dem Nasenrachenraum zurückgebliebenen Wasser ins Mittelohr, was leicht Entzündungen desselben zur Folge haben könne.¹⁾

Weber-Liel hat in Gemeinschaft mit Acker bezüglich der Frage, „ob alle Flüssigkeiten, wenn sie in das Mittelohr gelangen, eine so feindliche Wirkung ausüben, dass daraus eine heftige, reaktive Entzündung resultieren muss“, an Tieren experimentell und an Menschen nach den bekannt gewordenen Fällen festgestellt, dass in allen Fällen von gefährlicher Mittelohrentzündung Eindringen von Salzwasser stattgefunden hatte, während bei Anwendung von schwachen Soda-lösungen „dergleichen üble Zufälle noch nie“ von Weber beobachtet wurden.

Ich selbst habe sehr selten Mittelohrentzündungen im Gefolge von Ausspritzung der Nase gesehen. Ich bin aber geneigt, dies weniger dem medikamentösen Zusatz, sei er Soda, Chlorkali oder Kochsalz, als vielmehr dem Umstande zuzuschreiben, dass ich mit grösster Sorgfalt jeden Kranken in der Handhabung der Spritze instruiere.

Bei den Kranken, welche ich die Nase ausspritzen lasse, halte ich darauf, dass die täglichen Ausspritzungen in möglichst gleichen Zwischenräumen vorgenommen werden. Sobald sich die Sekretmenge vermindert, setze ich auch die Zahl der Ausspritzungen herab. So gelingt es selbst in den allerschlimmsten Fällen von profusem Nasenkatarrhe, natürlich unter Beihilfe anderweitiger lokaler Behandlung, die Ausspritzung der Nase allmählig auf ein Mal im Tage zu reduzieren. In vielen Fällen kann ich schon nach einigen Monaten die Ausspritzungen gänzlich sistieren, in anderen werden dieselben je nach Bedarf genommen. Es gibt eine grosse Anzahl Kranke, die eine ein-

¹⁾ Hierauf wurde auch von Viktor Lange aufmerksam gemacht in seinem Aufsatz: Sur l'usage de la douche nasale de Weber. *Annal. des mal. du larynx, de l'oreille etc.* 1879. Déc.

malige tägliche Ausspritzung der Nase auch dann noch vornehmen, wenn es gar nicht mehr nötig ist; sie behaupten, es sei ihnen zum Bedürfniss geworden. Ich rate aber stets, sich von diesem Bedürfnisse zu entwöhnen; denn die Nasenhöhle hat nicht dem Durchflusse von Wasser als Zweck zu dienen; auch leidet das Geruchsvermögen dabei.

Schon sehr lange Zeit als fötid bestehende Katarrhe werden meiner Meinung nach stets eine einmalige tägliche Ausspritzung erfordern, auch dann noch, wenn die Kranken gar nicht mehr durch den Katarrh belästigt werden. Es findet sich nämlich in solchen Fällen immer noch eine geringe Menge graugelben Sekretes im oberen Nasenrachenraume. Dieses bleibt dort gerne haften, und ich habe nach Abstellung der Ausspritzungen in kurzer Zeit den alten Katarrh, wenn auch nicht in sehr belästigender Weise, wiederkehren sehen. Ich habe daraus den Schluss gezogen, dass fötide Katarrhe hohen Grades zu einer totalen Heilung vielleicht nur in vielen Jahren, vielleicht gar nicht, geführt werden können. Deshalb erachte ich es für die Kranken auch für vorteilhaft, wenn sie nach scheinbarer Heilung ihres Übels doch noch vierteljährlich einmal dem Arzte sich vorstellen. Rezidive werden auf solche Weise jedenfalls viel leichter hintangehalten.

In den Fällen von profuser, nicht fötider Absonderung aus der Nase lasse ich Sodalösung (1 abgestrichener Theelöffel auf $\frac{1}{2}$ Liter Wasser) 4—6—8-mal täglich durch die Nase spritzen; bei dem fötiden Katarrhe verordnete ich früher ausschliesslich Chlorkalilösung (1 Esslöffel auf $\frac{1}{2}$ Liter Wasser).

In zwei überaus hartnäckigen Fällen (E. 1384; E. 1408) wandte ich schliesslich Jodoform an. Von einer 1 $\frac{0}{10}$ -igen alkoholigen Lösung liess ich 1 Esslöffel voll einem halben Liter Wasser zusetzen und eine solche Portion zuerst sechsmal täglich durch die Nase spritzen. Ich konnte sehr rasch die Zahl der Ausspritzungen vermindern, so dass nach sechs Monaten neben anderweiter lokaler Behandlung eine zweimalige Ausspritzung täglich genügte. Ich konnte mich nach erst kurzer Anwendung des Jodoform bestimmt überzeugen, dass der Fötör durch den Jodoformgeruch keineswegs nur verdeckt war. Denn ich machte meine Feststellungen zu wiederholten Malen, nachdem jeder Jodoformgeruch verschwunden war; auch liess ich dann noch,

zu grösserer Sicherheit, vor meiner Untersuchung eine grössere Quantität einfachen Wassers durch die Nase spritzen, bei welcher Gelegenheit jedoch neue Sekretkrusten in der Nase noch nicht gebildet waren, weil die Wasserspülung $\frac{1}{2}$ Stunde nach der Jodoformspülung vorgenommen wurde. In nicht so hochgradigen Fällen leistete letztere gleichfalls gute Dienste; doch blieben mir solche bei Anwendung des Chorkali auch nicht versagt.

Die Ausspritzungen lasse ich jedoch nicht von vorn herein machen, wenn nicht die Nase mit, sei es trockenen, sei es flüssigen Sekretmassen total ausgefüllt ist. In solchen Fällen bin ich also behindert, vorerst den Zustand der Nasenschleimhaut zu konstatieren; deshalb Sorge ich durch Ausspritzung der Nase zunächst für Reinigung der Schleimhautoberfläche.

Sind die Sekretmengen nicht so reichlich, und gelingt es mir, die vordere Nasenhälfte insbesondere von Schleim einigermaassen (durch die Myrtenblattsonde) zu befreien, so blase ich ein schwaches Pulver von Argent. nitr. im Falle eines gewöhnlichen, oder Borsäurepulver im Falle eines fötiden Katarrhes in die obere Partie der Nase, also in der Richtung nach dem vorderen Ende der mittleren Muschel. Meist zeigt es sich schon nach wenigen Einblasungen, ob ich die Ausspritzung der Nase noch zu Hilfe ziehen muss; in den allermeisten Fällen, besonders aber bei dem gewöhnlichen Katarrhe, bedarf es ihrer jedoch nicht.

So oft ich mich auch schon gegen den ganz ungeheueren Missbrauch, welcher sowol von Seiten der Ärzte wie der Kranken mit der Anwendung der Nasendouche und Spritze immer noch getrieben wird, ausgesprochen habe¹⁾ so wenig halte ich es für überflüssig, stets wieder von Neuem darauf hinzuweisen, dass eine Methode, welche nie kurativ, sondern stets nur palliativ, oft aber auch direkt und indirekt schädlich wirkt, dazu auch von einer wirksamen lokalen Behandlung die Kranken fernhält, durchaus verwerflich ist. Eine Behandlungsmethode, wie die hier in Rede stehende, von welcher Jeder sagen muss, dass sie fast mehr

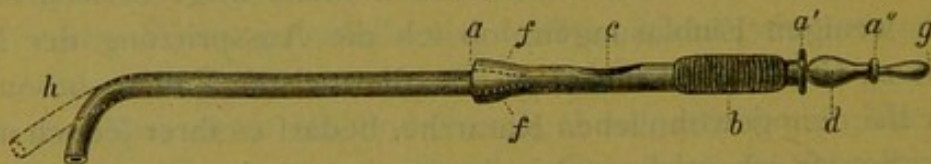
¹⁾ Insbesondere in meiner Arbeit über Asthma etc. Volkmann's Sammlung Nr. 216, Seite 15 u. ff., und in der Berlin. klin. Wochenschrift 1882, Nr. 36, 37.

ein Gemeingut der Laienwelt als der Ärzte, aber durch die Schuld der letzteren geworden ist, hat aufgehört, von wissenschaftlichem Werte zu sein, so lange nicht ihre Indikationen auf genaue Untersuchung der einzelnen Fälle basiert werden. Vor allen Dingen muss gegen das durchaus schädliche Selbstverordnen der Nasendouchen von Seiten der Laien energisch Front gemacht werden, und dann auch müssen die Ärzte, denen das bezügliche Gebiet unbekannt ist, entweder sich genügend informieren oder die Behandlung solcher Erkrankungen Beruflenen überlassen.

Die Nasendouche oder die Ausspritzung der Nase mittelst irgend eines anderen Instrumentes zu verordnen steht nur demjenigen Arzte zu, welcher die Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie der Nasenhöhle nach unserem derzeitigen Wissen beherrscht.

Die Einblasungen in die Nase mache ich mittelst eines Kehlkopfbläfers, dessen Spitze aber nicht rechtwinklig abgebogen ist (vergl. punktirte Linien (h) der Fig. 9). Dieses Insufflationsrohr hat von mir einige für den Arzt sehr vorteilhafte

Fig. 9.



Verbesserungen erfahren. Ich beschrieb dasselbe ausführlicher an anderem Orte.¹⁾ Ein Ventil (d) ist hinten im Rohre eingeschlossen; es erfüllt seinen Zweck hauptsächlich dann, wenn das Rohr zum Einblasen von Pulvern in den Kehlkopf benutzt wird. Es kommt nicht selten vor, dass der Atemstrom des Patienten das Pulver im Rohre nach rückwärts treibt, wodurch entweder der hier angebrachte Ballon oder aber, falls mit dem Munde geblasen wird, der Gummischlauch bald unbrauchbar wird; ausserdem bekommt bei letzterer Konstruktion der Arzt sehr häufig Teile des Pulvers in seine Mundhöhle, zumal wenn

¹⁾ Ein verbessertes Insufflationsrohr. Deutsche medizinische Wochenschrift 1879. Nr. 12.

der Larynx durch irgendwelche Prozesse verengt ist. Durch das Ventil werden diese unangenehmen Zufälle verhindert. Es muss aber leicht beweglich konstruiert sein, auch zur Reinigung von etwa anhaftenden Pulverteilen (bei a'') herausgenommen werden können; das Endstück (g) ist deshalb mit einem Schraubengewinde versehen.

Eine zweite Neuerung des Rohres besteht darin, dass ich das Rohr in der Mitte teilen liess, so zwar, dass seine vordere Hälfte (bei a) aus der hinteren herausgenommen werden kann. Hierdurch wird das Rohr geeigneter, in Etuis Platz zu nehmen, kann auch leichter gereinigt werden. Dann auch hängt damit die Hauptneuerung des leicht abnehmbaren Verschlusschiebers zusammen.

Der Verschlusschieber (b) klemmt bei den gewöhnlichen Rohren nach hinten hin (auf Fig. 9 nach a' hin); derselbe kann nicht abgenommen werden, ohne die vordere Krümmung des Rohres in der Hitze gerade zu richten. Das letztere geschieht meistens nicht, und so kommt es, dass der Schieber von dem ihm anhaftenden Pulver nicht gereinigt wird. Dadurch aber vermag derselbe nach einiger Zeit die Einlassöffnung (c) nicht mehr vollkommen zu schliessen; erzwingt man es doch, so klemmt derselbe sich so fest, dass er beim Öffnen vielfach zerbricht.

Um diesen Übelstand zu umgehen, liess ich den Schieber (b) nach vorne hin (bei ff) klemmen, und brachte hinten (bei a') ein Gewinde an, so dass das Rohr daselbst auseinander genommen werden kann, wodurch der Schieber mit Leichtigkeit abnehmbar ist und gereinigt zu werden vermag.

Das Insufflationsrohr ist aus Hartgummi gefertigt und ist hinten (bei g) mit einem Gummischlauch von 30 Ctm. Länge und einem Mundstück versehen. Ich selbst benutze beim Einblasen einen auf dem Fussboden stehenden Gummiballon, der mit dem Rohr durch einen entsprechend langen Schlauch verbunden werden muss. Dadurch wird die Handhabung des Rohres eine freiere und auch für den Kranken wol angenehmere.¹⁾

¹⁾ Mein Insufflationsrohr liefern Gebrüder Weil in Frankfurt a. M. für 4.0 Mark, sowie H. Reiner, Wien IX, van Swieteng. 10, für 2.20 fl. ö W. oder 4.0 Mark.

Den Tretballon liefern Gebrüder Weil für 6.0 Mark.

Was nun die Stärke der einzublasenden Pulver anbelangt, so hat es sich bei meiner Methode nötig erwiesen, unter die gewöhnlichen Angaben sehr bedeutend herunterzugehen. Michel¹⁾ sagt: „Ungleich rascher (als Ausspritzungen der Nase mit Kali chloricum) aber wirken Einblasungen von Argent. nitr. 1 : 10—8—6 Talkum, die von vorne und abwechselnd vom Munde aus etwa einen über den anderen Tag stattzufinden haben.“ Auch Gottstein²⁾ empfiehlt noch neuestens das Argent. nitr. in Dosen von 0,1—1,0 : 10,0 Talkum oder Amylum.

Ich habe auf's Bestimmteste beobachtet, dass es wenige Individuen gibt, welche eine Einblasung von Argent. nitr. 1 : 10 ohne rasende Schmerzen ertragen, wenn das Pulver wirklich in den oberen Abschnitt der Nase, wo allein es von Nutzen sein kann, hinaufgeblasen wird. Wenn man das Pulver aber nur einfach durch das Nasenloch hineintreibt, ohne das Rohr nach oben zu richten, so werden auch noch stärkere Pulver ohne nennenswerte Schmerzen ertragen, aber nur deshalb, weil das Pulver besonders nur den Nasenrachenraum trifft; dann aber hat dasselbe auch keinerlei Wirkung auf den Nasenkatarrh. Auch die von Gottstein angegebene schwächste Dosierung ist für sehr viele Menschen noch zu stark; denn diese bekommen nicht selten nach meiner Nr. I. schon starke und stundenlang dauernde Schmerzen.

Ich habe im Laufe der Jahre gefunden, dass ich sechs verschiedener Stärken des Argent. nitr. Pulvers bedarf.

	Nr. I.	Nr. II.	Nr. III.	Nr. IV.	Nr. V.	Nr. VI.
Argent. nitr. .	0·05	0·1	0·15	0·25	0·50	1·0
Amyli	10·0	10·0	10·0	10·0	10·0	10·0

Während ich früher als Konstituens der Pulver Talkum verwendete, ziehe ich in neuerer Zeit Amylum vor. Ich fand nämlich, dass Talkum sich mit der Zeit etwas schwärzte, was ich bei Amylum bis jetzt nicht beobachten konnte.³⁾

Die Insufflationsrohre, welche H. Reiner fertigt, sind in drei verschiedenen Durchmessern zu haben. Das dünnste Rohr benutze ich für die Nase, während ich das weiteste ausschliesslich für Morphinum-Insufflationen verwende.

¹⁾ a. a. O. (Nasenhöhle und Nasenrachenraum) Seite 21.

²⁾ Eulenburg's Enzyklopädie 9. Bd. Seite 450.

³⁾ Ich verwende jetzt überhaupt für alle Pulver das Amylum als Konstituens. Für Tannin und Alaun ist es entschieden das beste, da diese alsdann stets

Ich beginne meine Einblasungen in die Nase bei der hypertrophischen Form des Nasenkatarrhes mit Nr. I., und zwar nehme ich zunächst nur wenig, etwa so viel, dass die Einlassöffnung meines Insufflationsrohres zur Hälfte gefüllt ist. Auch nehme ich selten beide Nasenhälften am ersten Tage gleichzeitig vor. Sehr häufig erfolgt nämlich selbst auf das schwächste Pulver schon starkes Tränenträufeln, Verlegung der Nase und profuse wässerige oder dünnschleimige Sekretion. Die Dauer dieses Zustandes ist verschieden, geht aber selten auf den folgenden Tag über. Es ist ein sehr unbehagliches Gefühl, wenn in solchem Falle beide Nasenhälften zu gleicher Zeit in Behandlung genommen werden. Daher rate ich die erste Einblasung nur einseitig vorzunehmen.

Oft ist die Reaktion von sehr kurzer Dauer und die Einblasungen machen in Folge dessen keine sonderlichen Beschwerden. Stets aber — mit wenigen Ausnahmen — empfindet der Kranke mit dem Nachlassen der Reaktion eine Erleichterung seiner ursprünglichen Beschwerden in derjenigen Nase, welche die Einblasung erfahren hat: sie bleibt länger wegsamer als früher, und etwa vorhanden gewesener Druck in der Gegend der Nasenwurzel oder Stirn lässt nach. Je älter der Katarrh ist, desto geringer natürlich ist zunächst der Erfolg.

Kann ich annehmen, dass der Kranke die erste Einblasung gut erträgt — und hierfür finde ich ein ziemlich zuverlässiges Zeichen darin, wenn der Kranke unmittelbar nach dem Einblasen kein besonders unbehagliches Gefühl in der Nase hat — so nehme ich die zweite schon am folgenden Tage vor. In zweifelhaften Fällen aber bestelle ich den Kranken erst auf den nächstfolgenden Tag.

Sind beide Nasen chronisch-katarrhalisch affiziert, was ja meistens der Fall ist, so mache ich die zweite Insufflation auf

trocken bleiben. Den Einwand, dass solche Pulver sich beim Einblasen leichter ballten, als wenn andere Konstituentia verwendet würden, kann ich nicht gelten lassen. Wenn ich im richtigen Augenblicke die Insufflation in den Kehlkopf vor sich gehen lasse, so wird die Fläche gleichmässig getroffen. Presst der Kranke im Moment des Einblasens oder geschieht letzteres mit Gewalt oder wird gar, wie es leider allzu oft stattfindet, das Pulver anstatt in den Larynx in den unteren Teil des Pharynx gebracht, so ballt sich jedes Pulver, einerlei was ihm als Konstituens dient.

der bisher nicht behandelten Seite. Ergab die erste keine nennenswerten Beschwerden, so kann man jetzt beide Nasen gleichzeitig vornehmen.

Ist das Sekret der Nase als ein dickflüssiges zu betrachten, so steige ich mit der Stärke der Pulver den Nummern nach so lange, bis der Kranke entweder nennenswerte Besserung aufweist oder über stärkere Eingenommenheit des Kopfes sich beklagt; auch vermehre ich in solchen Fällen die Quantität des Pulvers, indem ich die ganze Einlassöffnung des Rohres fülle.

Immer aber warte ich die Reaktion der einen Ordination ab, bevor ich eine weitere folgen lasse. Das gilt mir als ein Hauptgrundsatz bei Behandlung eines jeden chronischen Katarrhes. Auch richtet sich meine jedesmalige Ordination nur nach dem neuesten festgestellten Befunde. Eine schablonenmässige Behandlung, wie sie leider noch so überaus häufig geübt wird, die fortgesetzte und so vielfach täglich verordnete Anwendung eines und desselben Mittels, auch wenn sich der Zustand des Kranken nicht zum Besseren wendet, ist eine Fahrlässigkeit, der eine wirkliche Sorge für das körperliche Wohl des Kranken nicht zu Grunde liegt. Es genügt nicht, im Allgemeinen zu individualisieren, man muss diesen Grundsatz auch für jede Ordination zur vollen Geltung kommen lassen.¹⁾

Durch die Einblasung des Argent. nitr. in die Nase erreiche ich in wenigen Ordinationen eine nicht unerhebliche Veränderung des ganzen Zustandes: das Sekret wird zunächst dünnflüssiger und in Folge dessen auch leichter und rascher entfernt; auch nimmt

¹⁾ Es ist sehr beschwerlich und umständlich, gegen ererbten Schlendrian anzukämpfen, weil man sich meist dadurch weder auf der einen noch auf der anderen Seite Dank erwirbt. Würden doch alle Aerzte ihr wissenschaftliches Ansehen mehr wahren, wenn sie ein Urteil über einen Krankheitsfall erst dann abgäben, wenn es auch wirklich möglich ist, und dasselbe so lange zurückhielten, bis sie es begründen könnten. Dann würden sie auch von den Kranken nicht so vielfach zur Modifikation ihrer Verordnungen bestürzt und genötigt werden, auch wenn dieselben richtig sind: Das Publikum würde es weniger wagen, sich in reinärztliche Fragen vordringlich einzumischen, weil die Achtung vor dem Wissen und dem Urteil des Arztes ihm nicht fehlen könnte. Arzt und Publikum hätten dann zum mindesten gleichen Vorteil: auf der einen Seite eine grössere Garantie einer wissenschaftlich richtigen Behandlung, auf der anderen Seite das Bewusstsein wirklicher Pflichterfüllung. Fiat!

dessen Quantität sehr schnell ab. In den Fällen geringeren Katarrhes mit mässiger Absonderung vermindert sich die Schwellung der Schleimhaut gleichfalls nach den ersten Einblasungen schon, jedoch nicht in jenem Grade, in welchem das Sekret sich verändert. In sehr vielen Fällen dieser Art erweist sich aber die Galvanokaustik als noch nicht notwendig, indem die Schwellungen der Schleimhaut, wenn die Einblasungen in richtiger Weise vollführt werden, durch diese allein in wenigen Wochen beseitigt werden.

Wendet man die Galvanokaustik an, wogegen ich an sich auch in diesen Fällen nichts einzuwenden habe, so erzielt man das gleiche Resultat in keineswegs kürzerer Frist. Die Anwendung der Galvanokaustik bringt aber insbesondere bei Kindern, die mit den geringeren Graden des Katarrhes am häufigsten zur Beobachtung kommen, entschieden mehr Unzuverlässigkeiten mit sich, als die Einblasung von Argent. nitr. in den angegebenen Dosen; auch verhütet jene etwaige Rezidive durchaus nicht sicherer als diese.

Bei stärkeren Schwellungen der Schleimhaut aber erweist sich die galvanokaustische Behandlung¹⁾ schon nach einigen Einblasungen als die geeignetste. Früher pflegte ich die Schwellungen der Nasenschleimhaut mit einem Flachbrenner zu kauterisieren; man trifft jene damit in der Fläche wol ausgiebiger, allein der Erfolg ist nicht sehr nachhaltig. So wurde ich darauf geführt, mit einem schmalen oder sogar spitzen Brenner tiefe strichweise Kauterisationen vorzunehmen, z. B. die untere Muschel über ihre ganze Länge zwei bis drei Mal. Dadurch erziele ich einen nachhaltigeren Erfolg, wahrscheinlich weil die hierdurch gesetzten Narben mehr Resistenzfähigkeit besitzen.

Die Entzündungserscheinungen nach der Applikation des Galvanokauters sind oft sehr erhebliche. Ich rate deshalb nur selten mehr als eine Stelle, wie z. B. eine Muschel oder die Scheidewand etc., zu gleicher Zeit zu kauterisieren. Auch sollte man an derselben Stelle oder in ihrer Nähe nicht eher wieder den Galvanokauter anwenden, als bis die Reaktion des ersteren Eingriffes vorüber ist.

Man lernt im Laufe der Zeit ziemlich genau den Zeitpunkt

¹⁾ Ich benutze die Voltolini'sche Tauchbatterie, die ich für meine Zwecke als vollkommen ausreichend, bequem und preiswürdig befunden habe.

schätzen, bis zu welchem eine weitere Ordination folgen kann. Ich überlasse es niemals dem Ermessen des Kranken, wann er sich wieder vorzustellen hat, sondern ich bestimme selbst ihm genau den Tag dazu. Es kommt mir sehr selten vor, dass ich den Termin zu kurz festsetze. Auf diese Weise erspare ich dem Kranken unnötige Besuche einerseits und andererseits gewöhne ich ihn an pünktliche und sorgfältige Ausführung meiner Verordnungen, was zum schliesslichen Gelingen der Behandlung nicht unwesentlich beiträgt.

Die Schwellungen der Schleimhaut der unteren Muschel bleiben sehr häufig schon nach einer galvanokaustischen Sitzung für einige Zeit, oft 4—6 Wochen, beseitigt; weniger rasche und andauernde Erfolge erzielt man mit jenen der Scheidewand und der mittleren Muschel, besonders wenn letztere der ersteren sehr nahe anliegt. Je nach dem Befunde müssen die Kauterisationen mehr oder weniger oft mit den nötigen Pausen wiederholt werden. Unterstützend wirken in diesen Fällen die oben beschriebenen Einblasungen von Argent. nitr. in den oberen Abschnitt der Nase, jedoch wähle ich die Pausen hierbei etwas grösser, als vorhin angegeben, zwischen 4 und 8 Tagen; auch mache ich selten mehr als drei Insufflationen hinter einander. Diese sind deshalb sehr zweckdienlich, weil sie die durch die Kauterisation gesetzte Entzündung rascher beseitigen, und so auch den Schorf eher zur Lösung bringen.

Ist es nun gelungen, die Schwellungen der Nasenschleimhaut so weit zu beseitigen, dass der Kranke sich wol fühlt, so darf man nicht vergessen, denselben darauf ausdrücklich aufmerksam zu machen, dass seine Heilung keine definitive ist, dass der erzielte Erfolg nur als ein temporärer angesehen werden darf. Er muss also angewiesen werden, sich in einer bestimmten Frist wieder vorzustellen. Kommt er dieser Weisung nicht nach, so wird der richtige Augenblick des Wiedereingreifens versäumt. Es stellen sich die alten Beschwerden allmählig wieder ein; der Kranke empfindet es oft nicht eher, als bis der frühere Zustand wieder zurückgekehrt ist. Nicht selten auch werden in solchen Fällen die gegebenen Vorschriften bezüglich der Lebensweise ausser Acht gelassen, und so kehrt das alte Übel nur um so frühzeitiger wieder. Je hochgradiger übrigens der Katarrh war, je länger er schon bestand, desto kürzer dauert die erzielte Besserung.

Wenn die ersten Symptome des chronischen Nasenkatarrhes sich wieder geltend zu machen beginnen, darf der Kranke nicht säumen, sich wieder vorzustellen. Ich pflege, sobald der Katarrh eine wesentliche Besserung erfahren hat, die Kranken in Abschnitten von 3—4—6 Wochen wieder zu bestellen. Meist hat sich alsdann wieder eine leichte Schwellung der Nasenschleimhaut an dieser oder jener Stelle eingefunden. Je nach dem Grade derselben genügt die Einblasung eines schwächeren Pulvers oder die Anwendung des Galvanokauters in einmaliger Sitzung, um für einige, gewöhnlich längere Zeit einen vollkommen befriedigenden Zustand herzustellen. So verlängern sich die einzelnen Termine immer mehr, bis schliesslich, nach Verlauf von Monaten und Jahren je nach der Intensität des Katarrhes, der Zustand der Nasenschleimhaut als ein ziemlich normaler angesehen werden kann.

Bezüglich der einzelnen Pulverstärken möchte ich noch bemerken, dass, je intensiver der Katarrh ist, desto eher auch die höheren Nummern indiziert sind und ertragen werden. Fange ich auch meist mit Nr. I an, so steige ich in derartigen Fällen doch rasch aufwärts, indem ich je nach dem Befinden des Kranken die eine oder andere Nummer überschlage.

Bei fötidem Katarrhe im atrophischen Stadium wende ich jetzt kein Argent. nitr. Pulver mehr an, ziehe vielmehr jedem anderen die pulverisierte Borsäure vor. Dieselbe wirkt nicht nur desinfizierend, sondern auch vor allen Dingen verflüssigend auf das Sekret und wirkt nicht „austrocknend“ auf die Schleimhaut, welche Wirkung besonders bei den stärkeren Höllensteinpulvern ganz auffallend ist. Die Borsäure habe ich deshalb besonders bei hochgradiger Atrophie der Nasenschleimhaut am Platze gefunden. Es trat mir stets als ein Übelstand bei den Einblasungen der stärkeren Höllensteinpulver vor Augen, dass jene verhältnissmässig oft und rasch hintereinander vorgenommen werden mussten, während bei Borsäureeinblasungen die einzelnen Ordinationen stets grösser werdende Pausen zulassen. Auch wirkt die Borsäure fast nie so heftig, wie die starken Höllensteinpulver gewöhnlich thun. Ich rate aber auch bei Borsäure zuerst zur Vorsicht nicht nur in Bezug auf die Grösse der Dosis, sondern auch in Bezug auf den Druck mit welchem man das Pulver in die Nase treibt. Ich selbst vermag den

letzteren, da ich nur den Tretballon benütze, vortrefflich zu regulieren.

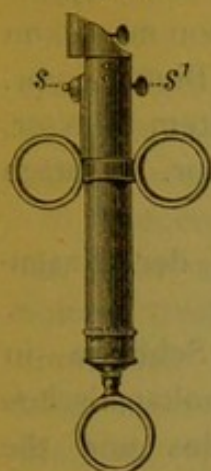
Die zur Behandlung des fötiden chronischen Nasenkatarrhes von Gottstein ¹⁾ empfohlene Tamponade der Nase mittelst Wattepfropfen kann ich nicht als eine prinzipiell richtige erkennen. Ich habe mich nicht davon überzeugen können, dass diese Tamponade der Nasenhöhle die weitere Absonderung des fötiden Sekretes hindert oder das letztere in ein nicht fötides umwandelt. Schon die mechanischen Verhältnisse der Nasenhöhle lassen ein solches Vorkommniss a priori als unmöglich erscheinen. Wir können doch nicht annehmen, dass das fötide Sekret nur in den dem Wattetampon zugänglichen Gegenden der Nasenhöhle gebildet werde. In solchem Falle möchte vielleicht die irritierende Wirkung eines Wattetampons von günstiger Wirkung sein. Dann aber möchte ich jedenfalls ein Borsäurepulver der Tamponade vorziehen.

Wenn aber nun das fötide Sekret auch in den dem Wattetampon nicht zugänglichen Räumen der Nasenhöhle, wozu wir neben den pneumatischen Anhängen vor allem die oberhalb des mittleren Ganges gelegenen Partien zu zählen haben, gebildet wird und sich vorfindet, so kann die Wirkung einer Tamponade nur die sein, dass der Fötör nur nicht bemerkt wird, aber nur deshalb nicht, weil er sich wegen der Absperrung durch den Tampon dem Luftstrom nicht beimischen kann; auch erscheint es mir keineswegs zweckdienlich, wenn die aus den höher gelegenen Teilen der Nasenhöhle stammenden fötiden Sekretmassen durch den Tampon an ihrer Evakuierung verhindert werden.

Aus diesen Gründen entspricht meiner Meinung nach die Gottstein'sche Tamponade der Nase denjenigen Anforderungen nicht, welche man an eine Methode knüpfen muss, durch die der Fötör beseitigt resp. verhindert werden soll. Sie steht im Widerspruche mit den einfachsten hygieinischen Grundsätzen bei der Bekämpfung zersetzter und übelriechender Körpersekrete.

¹⁾ Berlin. klin. Wochenschrift 1878. Nr. 37. — Breslauer ärztliche Zeitschrift 1879. Nr. 17, 18. — Berliner klinische Wochenschrift 1881. Nr. 4. — Eulenburg's Enzyklopädie 9. Bd. Seite 450 u. ff.

Fig. 10.



(Verkleinert.)

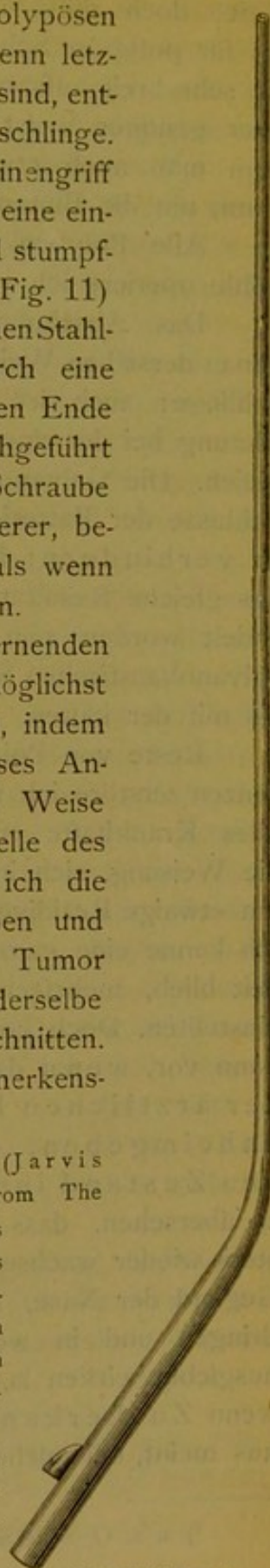
der Röhre durch diese hindurchgeführt im Griffe (Fig. 10 bei SS') durch eine Schraube befestigt wird. Diese Einrichtung ist sicherer, bequemer und auch weniger zeiterfordernd, als wenn die Drahtenden umgewickelt werden müssen.

Habe ich die Schlinge über den zu entfernenden Tumor geschoben, so suche ich jene möglichst nahe an dessen Ausgangspunkt zu bringen, indem ich gleichzeitig die Schlinge durch zeitweises Anziehen derselben verkleinere. Auf diese Weise komme ich am sichersten der Ursprungsstelle des Polypen so nahe wie möglich. Erst wenn ich die Schlinge nicht mehr weiter hinaufzuschieben und zu verkleinern vermag, schnüre ich den Tumor gänzlich ab; fast ausnahmslos erscheint derselbe alsdann an seinem Ursprunge rite abgeschnitten. Die Blutung ist in solchem Falle kaum bemerkens-

¹⁾ Die vorderen Hypertrophien operiert Seiler (Jarvis operation in hypertrophic nasal catarrh. Reprint. from The medical record 1881. 29. Okt.) nach Vorgang von Jarvis mit der Schlinge, nachdem er vorher durch die Basis der Hypertrophie eine leicht gekrümmte Nadel durchgestochen, damit die Schlinge nicht abgleite. Ich glaube, dass es doch vorteilhafter ist, die nicht abgesetzten Hypertrophien der Nasenschleimhaut mit dem Galvanokauter zu zerstören.

²⁾ H. Reiner, in Wien IX., van Swietengasse 10, liefert meine Leitungsröhre zum Preise von 3.0 fl. ö. W. oder 5.25 Mark, den Stöckert'schen Griff zum Preise von 6.0 fl. ö. W. oder 10.50 Mark.

Fig. 11.



(Natürl. Grösse.)

wert; doch muss ich erwähnen, dass dies mehr für Polypen als für polypöse Schwellungen gilt. Bei letzteren kommt, wenn sie sehr breit aufpassen, nicht selten eine stärkere Blutung vor. Hier genügen meist einige Einspritzungen von kaltem Wasser, dem man auch etwas Alaun oder Ferr. sesquichlor. zusetzen kann, um die Blutung zu sistieren.

Alle Polypen und polypösen Schwellungen der Nasenhöhle operiere ich von der Nase aus.

Das Abschnüren geht mit der kalten Schlinge in genau derselben Weise vor sich, wie mit der galvanokaustischen Schlinge; auch ist die Prozedur gleich schmerzlos und die Blutung bei der einen wie bei der anderen Operationsart ziemlich gleich. Die Galvanokaustik ist auch bei „blossem momentanen Schlusse der Batterie“ (Voltolini) nicht im Stande, eine Blutung zu verhindern; blutet es in solchem Falle nicht, so würde das gleiche Resultat bei Anwendung der kalten Drahtschlinge erzielt worden sein. Wol aber ist das Abschnüren mit der galvanokaustischen Schlinge viel umständlicher und unbequemer, als mit der kalten.

Reste von Polypen oder ganz kleine noch intakte Exkreszenzen zerstöre ich mit dem Galvanokauter. Wenn ich glaube, alles Krankhafte entfernt zu haben, erteile ich den Kranken die Weisung, sich innerhalb 3—4 Monaten wieder vorzustellen, um etwaige Rezidive mit dem Kauter noch zerstören zu können. Ich kenne eine ganze Anzahl von Fällen, in denen mir Gelegenheit blieb, mehrfach zu konstatieren, dass keine Rezidive sich einstellten. Doch kommen derartige günstige Verhältnisse nur dann vor, wenn die Patienten ihre Entlassung aus der ärztlichen Behandlung nur dem Arzte allein anheimgeben, ohne sich selbst ein Urteil über den Zustand ihrer Nase anzumaassen. Auch ist nicht zu übersehen, dass es Polypen geben kann und giebt, welche stets wieder wachsen; solche haben ihren Ursprungsort in einer Gegend der Nase, in welche man mit der Schlinge nicht vordringen und in welcher man auch den Galvanokauter nicht ausgiebig wirken lassen kann. Nicht zutreffend erscheint es mir, wenn Zuckerkandl¹⁾ von seinem theoretischen Standpunkte aus meint, bei solchen Geschwülsten vermöge man mit der Zange

¹⁾ a. a. O. Seite 81.

mehr auszurichten, als mit der Schlinge. Das Ausreissen der Polypen scheitert, wie ich glaube, in solchen Fällen an der Derbheit des Stieles an seiner Ursprungsstelle; man reisst dem Polypen den Kopf ab, weil dort, wo man ihn fassen kann, sein Gefüge weniger derb ist; der Stiel bleibt zurück.

Gegen das „Ausreissen“ der Nasenpolypen, sei es nun mit dem alten Instrumente der Zange oder sei es mit der kalten Drahtschlinge, wie Hartmann¹⁾ und Voltolini²⁾ empfohlen haben, bin ich schon mehrfach aufgetreten.³⁾ Ich kann nicht umhin, das „Ausreissen“ der Polypen für eine rohe Methode, für einen Rückschritt zu halten; dies glaube ich besonders auf das von Hartmann⁴⁾ empfohlene Ausreissen der in den Nasenrachenraum hinabhängenden Nasenpolypen mittelst der Zange beziehen zu müssen. Gelingt es auch nicht in jedem Falle, so will er es doch vor Anwendung der Schlinge versucht wissen. Hartmann legt auch besonderes Gewicht darauf, dass man ganze Polypenpackete auf einmal „ausreissen“ könne, wodurch erheblich an Zeit gewonnen werde.

Die Zange ist zu allgemein verurteilt, als dass ich darüber viel zu sagen brauchte. Sie ist in ungeschickten Händen so eminent gefährlich, dass sie schon deshalb überhaupt nicht zur allgemeinen Anwendung empfohlen werden dürfte. Denn für den Unkundigen liest sich die Zangenoperation der Nasenpolypen als so leicht ausführbar, dass bei dem so verbreiteten und in unserer Zeit auch vielfach geschürten Dünkel, Alles selbst verstehen zu können, es nicht Wunder nehmen könnte, wenn jene von Unfähigen zu schwerstem Schaden der Kranken wieder mehr, als seither versucht und geübt würde. Man soll nie vergessen, dass ein geschickter Operateur auch mit einem mangelhaften Instrumente unter Umständen noch Gutes zu leisten vermag. Doch Eines schickt sich nicht für Alle!

Was das „Ausreissen“ der Nasenpolypen mittelst der kalten Drahtschlinge belangt, so kann ich das Vorteilhafte dieser Methode gegenüber der des Abschneidens mit dem

¹⁾ Deutsche mediz. Wochenschrift 1879. Nr. 28. 29. 30.

²⁾ Über Nasenpolypen und dessen Operation. Wien 1880. Perles, Seite 25.

³⁾ Man vergleiche besonders meine Kontroverse mit A. Hartmann in der Berlin. klin. Wochenschrift 1882. Nr. 1, 3, 6, 8.

⁴⁾ Deutsche medicin. Wochenschrift 1881. Nr. 6.

gleichen Instrumente nicht einsehen. Will ich einen Polypen oder ein Polypenpaket, dessen Einzelexemplare also den gleichen Ausgangspunkt haben, mit der kalten Drahtschlinge abschneiden, so muss ich, wie ich schon auseinandersetzte, die letztere möglichst nahe dem Ansatzpunkte bringen. Es ist irrig, zu glauben, man brauche dies nicht, wenn man den Polypen oder das Paket „ausreissen“ wolle. Denn ein Polyp wird fast ausnahmslos dort abgerissen, wo die Schlinge ihn umfasst. Habe ich dieselbe also nicht bis an seinen Ausgangspunkt geführt, so reisse ich ihn nicht „aus“, sondern „ab“. Geht die Schlinge aber bis zu letzterem heran, so schneide ich jedenfalls sicherer, als ich zu reissen vermag. Ob ich mit der Schlinge möglichst nahe dem Ursprungsorte des Polypen gekommen bin, ist nach der Beweglichkeit des Instrumentes zu beurteilen: je geringer die letztere ist, desto besser ist der Polyp gefasst.

Exkorierte Stellen der Nasenschleimhaut betupfe ich entweder mit einer Lösung von Argent. nitr. (0.25 : 10.0) oder mit Jodglyzerin III.

Spezifische Ulzera ätze ich kräftig mit Argent. nitr. fus., nachdem ich solches an eine Silbersonde angeschmolzen habe. Bevor ich eine weitere Ätzung vornehme, warte ich stets das Abfallen des zuerst gesetzten Schorfes ab. Unter dieser Behandlung und unter Darreichung von Kalium jodat. (10.0 : 200.0 dreimal täglich 1 Esslöffel oder die entsprechende Dosis in Pillen) heilen die syphilitischen Ulzera der Nase, wenn zugleich deren chronischer Katarrh in der vorhin beschriebenen Weise behandelt wird, in ziemlich rascher Zeit. Hat der Kranke eine Schmierkur früher noch nicht durchgemacht, so lasse ich eine solche vornehmen, ehe Jodkali gereicht wird, in dem Falle, dass die Affektion besonders hochgradig ist.

Ist der Prozess in der Nase bereits auf den Knochen oder Knorpel übergegangen, so lasse ich meist gleich die Nasenspritze anwenden, um den jauchigen Eiter öfter und rascher fortzuschaffen. In solchen Fällen beansprucht der Heilungsprozess natürlich erheblich längere Zeit, als wenn die Ulzera die Schleimhaut allein betreffen.

Bei skrophulösen Individuen sehe ich ganz besonders darauf, dass die in der Regel Morgens die Nasenöffnungen vollkommen verstopfenden harten Borken nicht eher entfernt werden, als

bis sie mit Mandelöl gehörig erweicht sind. Dadurch wird die oft vorhandene, künstlich erzeugte Regidität der Nasenspritze und Flügel bald erheblich herabgesetzt.

Das Einstreichen von Mandelöl empfehle ich überhaupt in allen Fällen, in welchen Borkenbildung besonders vorne an der Scheidewand stattfindet. Der Kranke hat das Bedürfniss, die Borken zu entfernen; tut er es, bevor sie erweicht sind, so entstehen oft ausgebreitete Exkorationen und hartnäckige Blutungen.

Das Einstreichen des Öles würde sich am bequemsten mit einem Pinsel bewerkstelligen lassen. Allein die Kranken sind fast ausnahmslos so wenig aufmerksam und geschickt, dass sie den Pinsel sehr leicht zu weit in die Nase schieben und die Scheidewand verletzen. Ich lasse deshalb das Öl stets mit der Kuppe des kleinen Fingers in die Nase einführen, was übrigens vollkommen zum Ziele führt.

Die so häufig, besonders bei Kindern, vorkommenden spontanen Nasenblutungen vermag ich in den meisten Fällen schon durch einige Einblasungen von Argent. nitr. Nr. I zu beseitigen. Je jünger das Kind, mit einer desto geringeren Quantität des Pulvers muss man die Einblasungen beginnen. Selten ist es mir nötig geworden, in derartigen Fällen von der Galvanokaustik Gebrauch zu machen.

Kindern, Luetischen und Skrophulösen, sowie überhaupt herabgekommenen Individuen verordne ich neben der bisher erörterten Behandlung noch Lebertran (täglich 1—3 Esslöffel) oder Milch¹⁾. Die letztere muss aber von durchaus guter Qualität sein und alsdann Monate lang täglich in einer Menge von 1—2 Litern oder auch mehr getrunken werden. Es ist sehr wesentlich bei der Behandlung des chronischen Nasenkatarrhes, besonders wenn derselbe ein hochgradiger von langem Bestande ist, auf die Hebung des Ernährungszustandes, der meist sehr gelitten hat, ernstlich bedacht zu sein. Wird das Aussehen des Kranken nach Minderung der Absonderung und besonders auch des Fötor

¹⁾ Es kommt nicht selten vor, dass Milch in grösserer Quantität und lange genossen, nicht gut vertragen wird. Vorteilhaft erweist sich manchmal in solchen Fällen eine Vermischung der Milch mit Kognak, oder auch mit einem natürlichen Mineralwasser. Zur grösseren Sicherheit empfiehlt es sich die Milch gut abzukochen, wenn man nicht über eine absolut sichere Milch verfügt.

ohnehin schon ein besseres, so wirkt Lebertran und Milch doch ganz energisch fördernd mit.

Die Röte der äusseren Nase erfordert zu ihrer Beseitigung oder Verringerung ganz besondere Aufmerksamkeit. Die oft leichten Schwellungen innerhalb der oberen Nase, die jenem die Eitelkeit verletzenden Symptome höchst wahrscheinlich zu Grunde liegen, verlangen bezüglich der Quantität und Qualität des einzublasenden Argent. nitr. Pulvers grosse Vorsicht: ich wende nur kleine Dosen des schwächsten Pulvers an und mache meist Pausen von 4—6 Tagen im Anfang. Manchmal verringert sich die Röte schon nach der ersten Einblasung ganz deutlich. Gelingt es wirklich, dieselbe auf ein Minimum zu reduzieren, so darf man doch nicht versäumen, den Kranken darauf aufmerksam zu machen, dass das Übel schon bei geringer Schwellung innerhalb der Nase wiederkehren würde. Es ist also notwendig, dass sich solche Kranke bei Wiederkehr des lästigen Symptomes sofort wieder vorstellen.¹⁾

Hypertrophierte Pharynxtonsillen entferne ich mittelst des vorhin beschriebenen Schlingenschnürers durch die Nase. Früher

¹⁾ Nachtrag während des Druckes, welcher schon bis hierher vorgeschritten war, als ich Kenntniss von der nachstehend zitierten Arbeit erhielt. Hack (Neue Beiträge zur Rhinochirurgie. Wiener mediz. Wochenschrift 1883. Nr. 4.) bezeichnet die abnorme Rötung der äusseren Nase bei chronischem Nasenkatarrhe als „vasomotorische Reflexneurose“. Ich habe, wie das auch hinreichend bekannt ist, zuerst und wiederholt eingehend auf diesen Zustand aufmerksam gemacht (Vergl. Seite 70 f. dieser Schrift), kann darin aber keine Reflexneurose finden. Ich glaube vielmehr, dass hier einzig und allein ein Stauungsphänomen in der Hauptsache zu Grunde liegt. Eine gänzlich normal aussehende Nase wird sofort rot, sobald man ihre Spitze nur leicht in die Höhe drückt; sie wird auch rot, sobald man ein Nasenspekulum zur Untersuchung der Nasenhöhle einführt; Sondenreizung in der Nase hat bei bestehenden Katarrhen sofort Schwellung im Gefolge; Einatmung warmer Dämpfe bewirkt das Gleiche; ebenso Galvanokaustik. Dass unter Umständen auch Gedunsenheit der Haut der Nase und Wangen sich einstellen kann, ist zweifellos, erscheint mir aber als Stauungssymptom viel leichter erklärlich, denn als Neurose. Ich will damit nicht in Abrede stellen, dass vasomotorische Einflüsse dabei im Spiele sein könnten; sind sie vorhanden, so wirken sie sicherlich fördernd ein. Ich kann aber, so lange die Argumente, welche für Neurose angeführt werden, für meine Anschauung — und um diese wie auch um diejenigen Anderer kümmert sich Hack in seinen Publikationen gar nicht oder kaum — weit mehr zu sprechen scheinen, die Röte der äusseren Nase hauptsächlich nur als Stauungsphänomen ansehen. Wenn Jeder nur für sich arbeiten will, ohne das von Anderen Gefundene gebührend zu berücksichtigen, so kann Erspriessliches dabei nicht herauskommen.

habe ich mit verschiedenen Zangen vom Munde aus die Entfernung versucht, sodann mit dem entsprechend gebogenen Meyer'schen Rundmesser gleichfalls vom Munde aus. Letzteres wende ich auch jetzt noch manchmal an, wenn ich durch die Nase mit der Schlinge nicht sofort zum Ziele komme. Das von Viktor Lange angegebene Ringmesser ist ganz ähnlich dem von mir adaptierten Meyer'schen Instrumente¹⁾; ich hatte jedoch damals schon diese Operationsweise verlassen und benutze sie, wie gesagt, nur ausnahmsweise. Ich muss aber gestehen, dass mir das Lange'sche Instrument entschieden vorteilhafter erscheint, als das von mir benutzte. Bisher fand ich aber noch keine Gelegenheit meine nunmehr seit Jahren geübte Methode zu verlassen und ich glaube auch, dass dieselbe für den Kranken im Allgemeinen nicht unangenehmer ist, als die Lange'sche. Bei Kindern, welche etwas widerspänstiger Natur sind, dürfte letztere entschieden vorzuziehen sein; denn in solchen Fällen gelingt es mir nie, mit der Schlinge vollständig zum Ziele zu kommen. So wird es auch wol Anderen ergehen.

Adhäsionen von Nasenpolypen zerstöre ich mit dem breiten Ende des Myrtenblattes, nachdem ich dessen Spitze noch abgefeilt.

¹⁾ Brieflich erfahre ich, dass der jetzt sagittal stehende schneidende Ring des Lange'schen Instrumentes ursprünglich frontale Richtung, wie meine Modifikation des Meyer'schen Ringmessers, hatte, dass diese Konstruktion sich aber nicht so gut bewährte, wie die jetzige. Sicher erscheint es mir, dass, wer mit dem Lange'schen Ringmesser geübt ist, vortreffliche Resultate zu erzielen vermag.

B. Chronischer Rachenkatarrh.

Als Heilmittel gegen den chronischen Rachenkatarrh werden von den verschiedenen Autoren Inhalationen, Gurgelungen Pinselungen mit Adstringentien, Ätzmittel, die Galvanokaustik, sowie Trinkkuren in Ems und ähnlichen Orten empfohlen.

Ich bin von Pinselungen mit Höllensteinlösungen, Inhalationen adstringierender Flüssigkeiten oder gar Kauterisationen mit Höllenstein in Substanz gänzlich abgekommen. Der der Anwendung des Höllensteins nachfolgende Schmerz ist zu gross und zu langdauernd im Vergleich sowol zu den Symptomen, die der chronische Rachenkatarrh für gewöhnlich verursacht, als auch zu den Resultaten, welche man erzielt.

Pinselungen, welche den Kranken so übermässig häufig verordnet werden, halte ich für durchaus verwerflich. Vor allen Dingen nützen sie den Kranken gar Nichts, weil sie nie richtig gemacht werden und auch nicht richtig von Laien gemacht werden können, und, was das wichtigste ist, auf einem verkehrten Prinzipie beruhen. Sie entspringen dem verderblichen Schablonisieren und hindern das Wechseln des Medikamentes im richtigen Augenblicke. Der Laie besitzt nicht die Kenntniss, zu beurteilen, wann eine Veränderung der Behandlung seines Katarrhes am Platze ist und pinselt deshalb ruhig weiter, so lange er noch Vertrauen zu seinem Pinsel und Arzte hat. Fühlt er endlich, dass seine Erwartungen nicht erfüllt werden, so quält er letzteren um neue Mittel, bis sein Vertrauen erschöpft ist. Jede Selbstbehandlung eines chronischen Katarrhes (von Seite eines Laien) ist vom Übel, weil dabei das vornehmste Prinzip, das des Individualisierens, aufs gröblichste verletzt wird. ¹⁾

¹⁾ Vergl. meine Arbeit in d. Berlin. klin. Wochenschrift. 1882. Nr. 36, 37.

Gurgelungen zur Beseitigung eines chronischen Rachenkatarrhes habe ich nie angewendet, weil sie unmöglich das Übel in Wirklichkeit zu entfernen im Stande sein können. Es wird aber vielfach als ein bequemes Mittel angesehen, von der einen Seite, weil man dadurch die durch ihre beständigen Klagen lästig werdenden Kranken wenigstens auf einige Zeit los wird, und von der anderen Seite, weil die Kranken durch jenes Mittel sich der Notwendigkeit, in eine längere Behandlung eintreten und dafür Geld ausgeben zu müssen, überhoben wähnen.

Die von Mosler¹⁾ mitgeteilte Art zu gurgeln hat vor der gewöhnlichen den Vorzug, dass der Nasenrachenraum von Schleimmassen rascher gereinigt wird. „Man lässt die Kranken eine grosse Portion des Gurgelwassers in den Mund nehmen, alsdann wird der Kopf bei angehaltenem Atem nach rückwärts gebogen, dass das Gurgelwasser in den Schlundraum sich ergiesst. Darnach werden Schluckbewegungen und stossweise Expirationen vorgenommen, als deren Effekt man beim Beugen nach vorn einen Teil des Gurgelwassers durch die Nasenlöcher auslaufen sieht; der Rest des Gurgelwassers wird durch den Mund entleert.“ Wenn Mosler sagt, er habe durch diese Methode „bei einer grossen Zahl chronischer Halsleiden Heilung und Besserung erzielt“, so kann nach meiner Erfahrung und auch aus Gründen, welche sich auf den pathologisch-anatomischen Befund beziehen, die angebliche Heilung nur eine scheinbare gewesen sein; die Besserung kann man zugeben, insofern durch jene Methode des Gurgelns ein lästiges Symptom genannter Katarrhe, die reichliche Schleimabsonderung, rascher als auf anderem Wege nach aussen geführt wird. Am unwahrscheinlichsten klingt es, wenn man liest, dass „besonders die granulöse Form der chronischen Pharyngitis“ durch monatelanges Gurgeln mit 20—25-prozentiger Seesalzlösung „zurückgebildet“ worden sei. Das hat bis jetzt noch Niemand zu bestätigen vermocht, und ich glaube auch, dass solches nie erfolgen wird. Was Mosler

¹⁾ Berliner klin. Wochenschrift 1879. Nr. 21. und Deutsche mediz. Wochenschrift 1881. Nr. 1.

hat sich zurückbilden sehen, kann ich nicht beurteilen; jedenfalls waren es keine wirklichen Granula.

Übrigens ist die Mosler'sche Gurgelungsmethode nicht neu; von wem sie ist, weiss ich nicht. Ich habe stets gefunden, dass das Gurgelwasser am leichtesten in den Nasenrachenraum gelangt, wenn man, nachdem ein mässig grosser Schluck Wasser genommen ist, bei zurückgelegtem Kopfe durch die Nase inspiriert und den Expirationsstrom denselben Weg nehmen lässt, wobei darauf Bedacht zu nehmen ist, dass das Wasser während der letzten Phase möglichst tief in den Pharynx sinkt.

Bezüglich der gegen den chronischen Rachenkatarrh noch so allgemein geübten, aber den Kranken so grosse Opfer an Zeit und Geld auferlegenden Verordnung von Brunnenkuren, die jenen doch niemals Heilung, sehr selten eine nur ganz kurze Zeit dauernde Besserung bringen, dem Arzte aber allerdings den querelierenden Kranken wenigstens für einige Wochen vom Halse halten, sagt Leichtenstern¹⁾ sehr bezeichnend: „In unzähligen Fällen erfährt der chronische Pharynxkatarrh trotz konsequent ausgeführter Bade- und Brunnenkuren nicht die geringste Besserung.“ Eine schärfere Verurteilung des bisherigen Systems, die Kranken in die Bäder anstatt zum Spezialarzte zu schicken, vermag ich mir nicht zu denken.

Das Abschneiden oder Abschaben der Granulationen der Pharynxschleimhaut halte ich nicht für zweckdienlich. Ich habe das Abschaben selbst öfters geübt, und zwar mit dem Meyer'schen Rundmesser. Beide Methoden sind in Bezug auf Ausübung und Resultat bei weitem nicht so sicher wie die Galvanokaustik.

Sind die Kranken von vornherein im Stande, den Spatel auf der Zunge zu ertragen, so kann man sogleich das Wegbrennen der einzelnen Granula beginnen; im anderen Falle muss man die Hyperästhesie zuerst durch Pinselungen mit Jodglyzerin, wie ich oben schon beschrieben habe, herabzusetzen, resp. zu beseitigen suchen. Je nach der Grösse der einzelnen Granula empfehle ich für die erste Sitzung immer nur ein bis zwei Granula zu kauterisieren; später kann man je nach der Empfindlichkeit der einzelnen Individuen sein Vorgehen modifizieren.

¹⁾ In Ziemssen, Handbuch der allgemeinen Therapie, Band II. 1. Seite 403. Leipzig, Vogel. 1880.

Die reaktive Schwellung der Pharynxschleimhaut ist oft sehr erheblich und durch sie wird jede Schlingbewegung schmerzhaft; ja manchmal glauben die Kranken ersticken zu müssen, weil sie bei jedem Atemzug die heftigsten Schmerzen empfinden. Solches kommt nicht vor, wenn man in der Anwendung der Galvanokaustik ein richtiges Maass walten lässt.

Von einigem Vorteil habe ich bei dem sog. trockenen Rachenkatarrhe häufige Pinselungen der Rachenschleimhaut mit Jodglyzerin III gefunden. Man muss aber hierbei die Pausen zwischen den einzelnen Pinselungen etwas kürzer machen, als es sonst zu geschehen pflegt. Diese Kranken besitzen auch eine an sich wenig empfindliche Rachenschleimhaut. Letztere wird durch die häufig und rasch wiederholten Pinselungen zu veränderter Sekretion angeregt, indem der Schleim wasserhaltiger wird und in Folge dessen nicht so fest der Schleimhaut anklebt.

Ich will an dieser Stelle nochmals hervorheben, dass die Pinselungen der Pharynxschleimhaut, die zur Beseitigung eines chronischen Rachenkatarrhes mitwirken sollen, stets die ganze Rachenschleimhaut treffen müssen. Es genügt keineswegs nur den zwischen Zungenrund, Mandeln und Gaumensegel belegenen Teil zu bepinseln, man muss vielmehr auf den Nasenrachenraum ganz besonderen Bedacht nehmen. Zu diesem Behufe ist es nötig, dem Pinselstiele eine entsprechende Biegung zu geben, so wie ich es Seite 15 schon beschrieben habe. Will man auch die Choanen treffen, so muss jener mindestens rechtwinkelig abgebogen sein.

Die bei der Pharyngitis sicca häufig vorhandenen leistenförmigen Erhebungen auf der hinteren Rachenwand beseitigt man am raschesten und zweckmässigsten auf galvanokaustischem Wege, und zwar eignen sich hierzu lange Brenner am vorzüglichsten.

Auf das langsamere oder raschere Vorgehen bei der Behandlung des chronischen Rachenkatarrhes können in gewisser Beziehung besondere Umstände, wie z. B. entfernterer Wohnort der Kranken, von einigem Einflusse sein. Doch darf man, falls die Galvanokauterisationen in kürzeren Zwischenräumen und ausgiebiger vorgenommen werden sollen, nicht versäumen, die Kranken auf die dadurch entstehenden Unbequemlichkeiten und Schmerzen vorher aufmerksam zu machen, will man sich dieselben nicht zu Undank veranlassen.

Was nun die Zeitpunkte, zu welchen die einzelnen Kauterisationen vorgenommen werden können, anlangt, so habe ich gefunden, dass man die ersten 2—3 Sitzungen, wenn eine geringe Anzahl von Granulationen in Betracht gezogen wurde, in Pausen von 6—8—10 Tagen stattfinden lassen kann. Alsdann aber ist die Schwellung der Rachenschleimhaut eine so allgemeine geworden, dass man die Unebenheiten derselben, wenn sie nicht gerade sehr bedeutend sind, nicht mehr mit Sicherheit wahrnehmen kann. In solchem Falle tut man gut, eine Pause von wenigstens 14 Tagen eintreten zu lassen. Zu unterstützen ist die Abschwellung der Schleimhaut aufs beste durch 2—3 Pinselungen mit Jodglyzerin I oder II.

Michel¹⁾ sagt, dass „drei bis vier Sitzungen erforderlich seien, bis die Heilung erfolgt sei; die ehemals noch so dicken Hypertrophien zeigen sich verschwunden, die Schleimhaut glatt und dünn, blassrosa, von feinen Gefässnetzen durchzogen.“

Ich muss gestehen, dass mir dies Resultat nur in denjenigen Fällen geglückt ist, in welchen der Katarrh, die Granulierung oder Hypertrophie, ausserordentlich geringfügig war. Nach meiner Erfahrung erscheint es mir ganz unmöglich, dass in nur vier Sitzungen mittelst der Galvanokaustik „die noch so dicken Hypertrophien“ beseitigt werden können, selbst dann nicht, wenn man, wie Michel, in der ersten Sitzung „sämmliche erkrankte“ Stellen vornimmt. Dies lässt sich kaum jemals ein Kranker gefallen; auch vermag derselbe in jenen Fällen von „noch so dicken Hypertrophien“ gar nicht so lange ruhig zu halten, bis dass der Operateur „sämmliche erkrankte Stellen“ in der ersten Sitzung mit dem Galvanokauter traktiert hat. Und wenn dies auch wirklich möglich wäre, so bleiben selbst bei dem sorgfältigsten Aufsetzen des Kauters noch so viele Reste der Granula übrig, dass unbedingt mehr als drei Sitzungen noch zur Heilung erforderlich sind. Dies scheint mir um so mehr bei dem Gebrauche der messerförmigen Brenner, wie sie Michel anwendet — er lässt sie mit der Schneide wirken — zuzutreffen.

Ich wende zur Kauterisation der Granula nur rundliche Flachbrenner von verschiedener Grösse je nach dem Umfange jener an, während bei den leistenförmigen, wulstartigen Erhaben-

¹⁾ a. a. O. (Mundrachenhöhle und Kehlkopf.) Seite 34.

heiten, wie man sie besonders in der Seitenwand findet, die langen schmalen Flachbrenner die zweckentsprechendste Form abgeben. Mit den runden Brennern vermag man das einzelne Granulum mit einem Male in toto ziemlich zu vertilgen. Meine langen Flachbrenner sind einfach abgebogen, und zwar benutze ich meist eine Länge von ungefähr 1 Ctm., in letzterer Zeit auch einen längeren, dessen einer Arm 1 Ctm., dessen anderer $\frac{1}{2}$ Ctm. lang ist, für die seitlichen Wülste, die sich damit sehr gut treffen und bei genügend starkem Strome sogar häufig mit einem Male beseitigen lassen.

Bei der Kauterisation der einzelnen Granula lasse ich den Brenner kurz vor der Berührung erglühen, während ich bei den strangartigen Wülsten den Brenner erst fest aufsetze, fast gleichzeitig aber auch die Kette schliesse. Auf diese letztere Weise entgeht man dem Übelstande, mit dem grossen Brenner, wenn er schon glühend ist, eine falsche Stelle zu treffen, was sehr leicht vorkommen kann, wenn man hinter dem Gaumenbogen zu operieren hat; denn hier ist jede Berührung, besonders aber die Hitzeempfindung unangenehm und veranlasst zu Bewegungen des Schlundrohres.

Habe ich die leistenförmigen Erhabenheiten der hinteren Rachenwand, wie sie besonders bei der sogenannten Pharyngitis sicca sich finden, zu kauterisieren, so lasse ich den Brenner kurz vor der Berührung erglühen. Die Wirkung ist in solchem Falle eine entschieden intensivere, weil die Feuchtigkeit der Rachenschleimhaut den Brenner im kalten Zustande noch nicht benetzt hat. In allen Fällen aber ziehe ich den Brenner, während er noch glüht, ab; er klebt im anderen Falle leicht an.

Wenn Michel weiter sagt, dass „bei schonendem Verfahren von Narben nichts zu bemerken sei, höchstens feine, glänzend weisse Striche, kurze Streifchen, Punkte, die nur mit scharfem Auge entdeckt werden können“, so kann ich ihm nicht ganz beipflichten. Ich habe gefunden, dass für gewöhnlich allerdings kaum sichtbare Narben zurückbleiben; aber es sind mir auch einige Fälle vorgekommen, in welchen trotz schonendstem Verfahren sich stärker vortretende Narbenstränge bildeten. Das hat nun für die Heilung im Ganzen nichts zu sagen, aber es dauert oft Monate lang, bis diese Narben sich so weit ausgeglichen haben, dass sie aus ihrer Umgebung nicht störend hervortreten.

Die beim chronischen Nasenkatarrhe vom Kranken zu beobachtenden allgemeinen Maassregeln haben wegen der vielen Berührungspunkte, welche Nasen- und Rachen-Katarrhe zusammen besitzen, auch für letztere Gültigkeit. Je mehr Aufmerksamkeit man dem allgemeinen Körperzustand widmet, desto bessere, nachhaltigere Erfolge erzielt man.

VI. Schlusswort.

Es ist vielfach die Ansicht verbreitet, dass lange bestehende Nasen- und Rachen-Katarrhe nicht mehr geheilt werden könnten. Meine Ansicht bezüglich dieses Punktes ergibt sich zwar aus meiner Behandlungsweise hinreichend deutlich, allein ich gestatte mir doch mit einigen besonderen Worten darüber mich noch zu äussern.

Will man auch annehmen, dass eine Heilung hochgradiger, alter Nasen- und Rachen-Katarrhe, nach dem jetzigen Stande der Wissenschaft noch nicht erfolgen könne, so kann doch nicht bestritten werden, dass eine wesentliche Besserung zu erreichen in unserer Macht steht. Bedenkt man nun, dass jene Katarrhe sowol auf den Allgemeinzustand des Körpers wie auch im Besonderen auf denjenigen des Kehlkopfes und der Lungen von dem allernachtheiligsten Einflusse sind, so ergibt sich von selbst, dass, je hochgradiger der Nasen- oder Rachen-Katarrh ist, um so bestimmter und energischer auf Abhilfe, zum wenigsten auf Besserung Bedacht zu nehmen ist.

In der Tat aber ist die weitaus grösste Anzahl der in Rede stehenden Katarrhe noch zur Heilung zu bringen, jedoch nicht nach dem Sinne der Kranken in wenigen Tagen oder Wochen, sondern oft erst in Monaten und Jahren, je nach ihrer Extensität und Intensität. Dass so lange Zeiträume erforderlich sind, wird man begreiflich finden, wenn man bedenkt, dass oft lange Pausen in der lokalen Behandlung gemacht werden müssen, um zum wirklichen Ziele zu gelangen. Ich halte einen Fall noch nicht für geheilt, wenn der Kranke auch ein Vierteljahr lang keinerlei Beschwerden hat; die letzteren werden sich vielleicht nur allzubald wieder einstellen und dann bedarf es erneuerter Medikation.

Das ist freilich wenig nach dem Sinne der Kranken. Allein ich halte dafür, in dieser wie auch in anderer Beziehung den Standpunkt der Wissenschaft nicht zu verlassen, wenn auch der eine oder andere Kranke deshalb meine Hilfe nicht weiter in Anspruch nimmt.

Da also nur in seltenen Fällen eine vollkommene Heilung des chronischen Nasen- und Rachen-Katarrhes nicht möglich erscheint, so sollte stets zum mindesten eine sorgfältige, **sachverständige lokale** Untersuchung stattfinden, und wenn irgend möglich auch ein ausreichender Versuch zur Heilung gemacht werden; eine wesentliche Besserung kommt bei dem letzteren jedenfalls heraus.

