

Beiträge zur Pathologie und Therapie der Nasensyphilis. A. Klinischer Theil. Zweite Reihe / von Dr. Schuster.

Contributors

Schuster, Ludwig.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

[Berlin] : [publisher not identified], 1878.

Persistent URL

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

Provider

Royal College of Surgeons

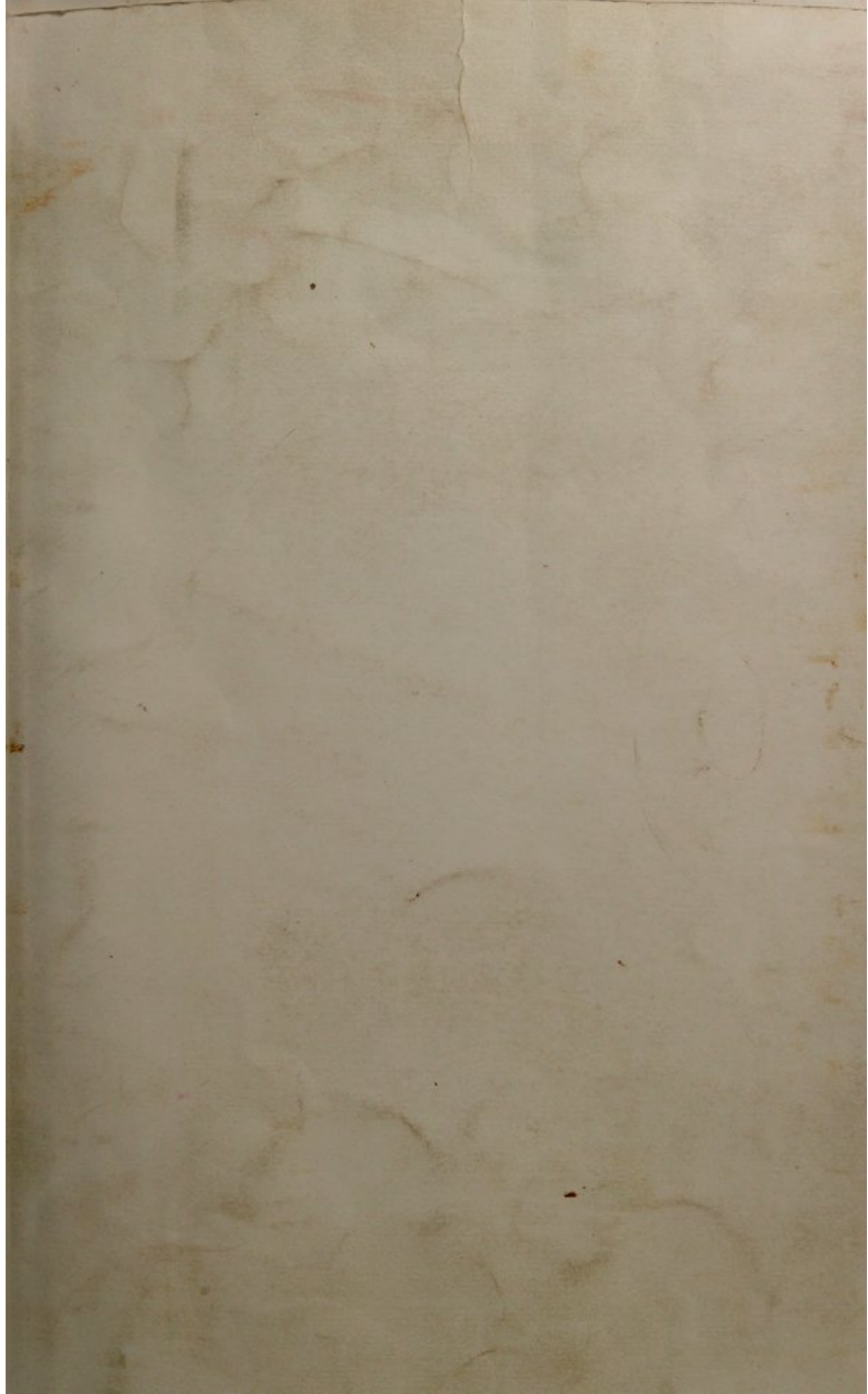
License and attribution

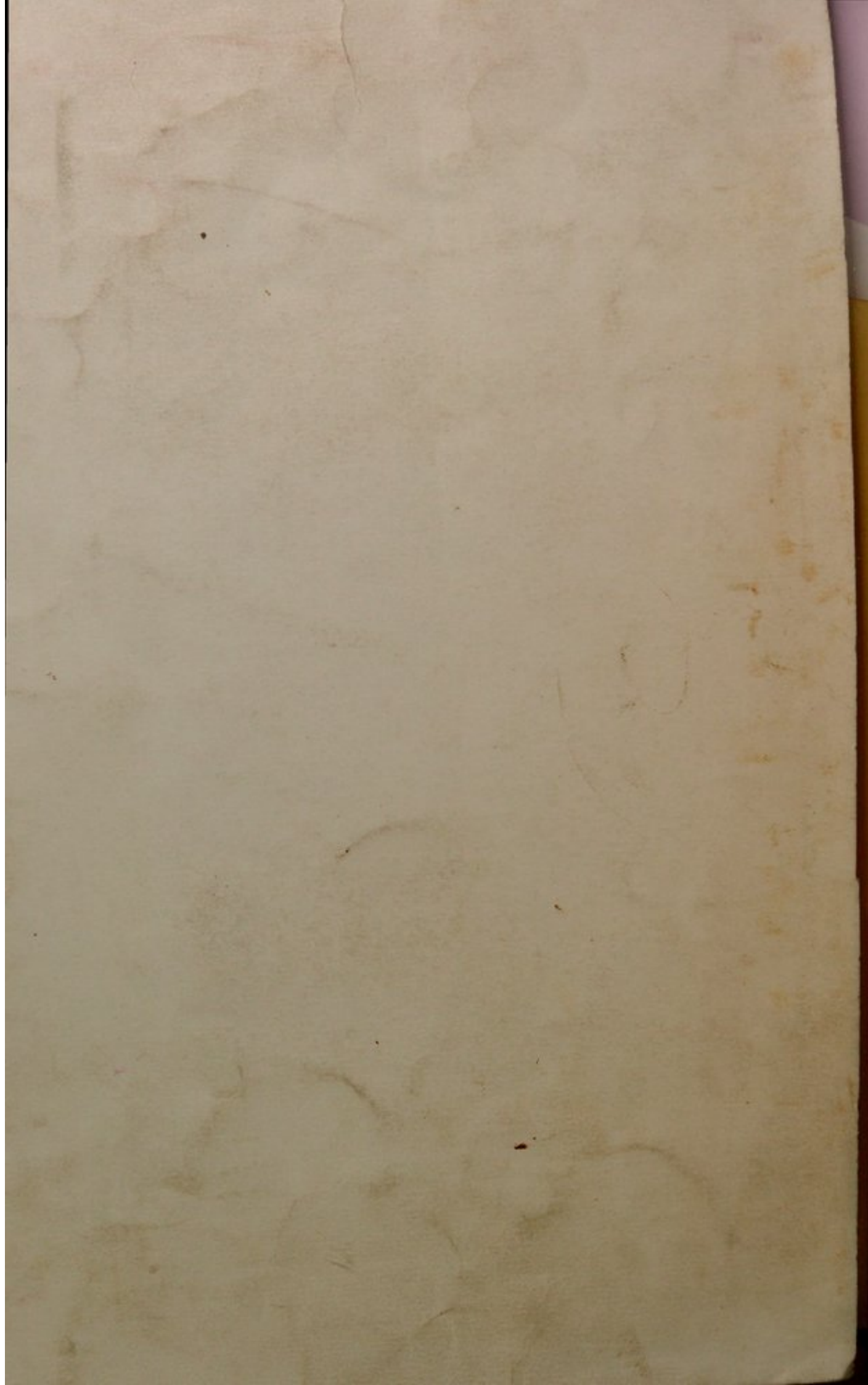
This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright 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>





Dr. L. Schuster

23.

Syphilis of the Nose

by

Dr. Schuster

Vierteljahr. f. Dermat. u. Syphilis

1878.



Beiträge zur Pathologie und Therapie der Nasensyphilis.

Von

Dr. Schuster,

und

Dr. Säger,

prakt. Arzt in Aachen.

Assistent am pathol.-anat. Institut
in Leipzig.

A. Klinischer Theil

von

Dr. Schuster.

Zweite Reihe¹⁾.

Im vergangenen Jahre veröffentlichte ich im ersten und zweiten Hefte dieser Vierteljahresschrift eine Reihe von Fällen mit Nasensyphilis, die darzuthun suchten, dass für die syphilitischen Processe der Nasenhöhlen, deren Infiltrate zu raschem zerstörendem Zerfalle der Schleimhaut und der Nasenknochen führen, das specifische Curverfahren mit Mercur oder Jod oder beiden zusammen meist ungenügend sich erweise, dass vielmehr neben einem specifischen Heilverfahren local eingegriffen werden müsse; und zwar genüge von den bis jetzt empfohlenen localen Mitteln hier nur der Eingriff, welcher gesunde Wundflächen schaffe, durch Behebung, resp. Entfernung der dem Zerfalle anheimgegebenen kranken Gewebe. Diesem Eingriffe entspricht meist das durch die Volkmann'sche Schule eingeführte Ausschabungsverfahren mit dem scharfen Löffel, welches nicht allein bei umschriebenen Ulcerationsvorgängen der Schleimhaut und der Knochen, sondern besonders bei ausgedehnten derartigen, oft mit mächtigen Granulationswucherungen einhergehenden Processen in grossen Zügen das widerstandslos gewordene kranke Gewebe sicher entfernt. Natürlich muss man sich in allen Fällen durch eine genaue directe (vordere), sowie indirecte (vom Rachen aus vorgenommene)

¹⁾ S. diese Vierteljahrschr. 1. u. 2. Heft 1877.

Rhinoskopie über die Natur und Ausbreitung des pathologischen Processes Klarheit zu verschaffen wissen. Ich gab deshalb auch bei den l. c. erwähnten Krankengeschichten wiederholt den Ocular- und Sondenbefund an. Aus einer Kritik genannter Arbeit von Herrn J. Edm. Güntz in Band X der Schmidt'schen Jahrbücher 1877, dessen Aussetzungen ich als unberechtigt zurückweisen muss, ersehe ich jedoch, dass dieselbe nicht überall verstanden worden ist. Die Wichtigkeit der Behandlung syphilitischer Nasenerkrankung erheischt, dass ich über das Schicksal meiner Fälle Bericht gebe; auch werde ich mir erlauben, neues, hierhin gehöriges Material hinzuzufügen und daraus sich ergebende Schlüsse hervorzuheben suchen.

Von Herrn Dr. Sängler sind auch diesmal die entfernten pathologischen Massen mikroskopisch untersucht und von ihm in diesem Hefte besprochen.

Ich will mich über Untersuchung und locale Behandlung etwas eingehender aussprechen, insoweit dies in der ersten Arbeit nicht stattgefunden hat.

Zur directen Untersuchung bedarf man zunächst einer guten Lichtquelle. Von den verschiedenen Beleuchtungsapparaten, die sich allmählig bei mir angesammelt haben, benütze ich jetzt eine Gasflamme mit amerikanischem Brenner, über die ein Tencylinder mit runder Seitenöffnung gestellt ist. Diese Lampe lässt ein sehr helles Licht reflectiren, unter dem man nicht allein die Theile der Nase (resp. des Kehlkopfes) genau sehen, sondern auch sicher operiren kann. Als Reflector dient mir meist der Störk'sche. Von den dilatatorischen Instrumenten benutze ich den von Voltolini modificirten Duplay-Charrière'schen als den geeignetsten Dilatator der Naseneingänge. Eine fernere Beihilfe zur directen Untersuchung, namentlich der tieferen Theile fand ich wiederholt in den von Steurer und Auspitz empfohlenen Endoskopen zur Harnröhrenuntersuchung. An deren Stelle sind nun die Zaufal'schen Trichter getreten, welche die indirecte Untersuchung mit dem Rhinoskop vom Pharynx aus mehr einschränken werden, namentlich in den vielen Fällen von specifischer Nasenerkrankung, wo die Nasengänge durch Atrophie oder Schwund der Muscheln oder des Septums geräumiger geworden sind. Eine sehr wichtige Hilfe in der Untersuchung syphilitisch erkrankter Nasenhöhlen bietet die Sonde; sie ermöglicht Auskunft über die

Beschaffenheit der Wandungen der Nasengänge, resp. blosgelegter Höhlen, ferner über Theile, welche dem Auge meist nicht zugänglich gemacht werden können. Für den unteren Nasengang empfiehlt sich ein Kramer'scher Ohrkatheter, für die oberen Gänge dagegen eine biegsame Knopfsonde. Letztere wird überall da angesetzt, wo das Auge irgend welche Unregelmässigkeit entdeckt hat; sie wird womöglich unter der Beleuchtung geführt, überallhin, wo sich Spalten und Oeffnungen finden. Man entdeckt so oft, in die feinen Oeffnungen eindringend, in der Tiefe Caries der Knochen, während die mit dem Auge übersehbare Fläche nichts Krankhaftes zu verrathen scheint.

Wichtig ist es, da wo runde oder längliche polypoide Anschwellungen der Schleimhaut sich vorfinden, die Umgegend genau zu sondiren; man darf sich auch nicht scheuen, wo man Granulationsgewebe vor sich zu haben glaubt — was namentlich durch Blutung auf leichte Berührung, sowie durch die charakteristische Beschaffenheit der zuweilen fast froschlaichartigen Oberfläche sich kundgibt — mit der Sonde durch das Gewebe durchzugehen. Gesunde Granulationen, wie sie nach Entfernung des cariösen Knochens und der erweichten Schleimhaut sich bilden, widerstehen der Sonde; von cariösen Knochen bedingte Granulationen bieten der Sonde keinen Widerstand; sie geht leicht mehrere Linien und mehr durch und gibt Gewissheit über die Beschaffenheit der Knochenunterlage.

Ein wichtiges directes Untersuchungsmittel ist ferner der Finger. Die Einführung desselben durch die vorderen Nasenöffnungen ist jedoch schmerzhaft, so dass er nicht weit eindringen kann. Bequem kann er dies in der Chloroformnarkose; hier gibt der Finger Auskunft über Ausdehnung und Sitz des Krankhaften, er grenzt das Gesunde und wird so ein wichtiger Leiter für das chirurgische Instrument, sei es Zange oder Löffel, ausserdem gibt er sofortige Auskunft über den Erfolg der Operation.

Die Fingeruntersuchung findet daher unmittelbar vor, sowie Controle während und nach der Operation statt.

Die indirecte Untersuchung geschieht mittelst eines Rhinoskopes vom Rachen aus. Das Gaumensegel macht der Beleuchtung Schwierigkeiten, die bei wiederholten Versuchen meist überwinden werden.

In seiner Abhandlung (adenoide Neubildung im Nasopharynx-raume, Volkmann's klin. Vortr. 125) gibt Gustav Justi ein Instrument an, um das Velum nach vorne und oben zu ziehen; er gibt hier ausserdem gute Winke zur Rhinoskopie vom Rachen aus.

Ferner geschieht die Untersuchung mit dem Finger, der bei einiger Uebung bequem bis in die Choanen eindringen kann und über das knöcherne Septum, den weichen Gaumen bis zur knöchernen Begrenzung sowie über die Nasopharynxhöhle sich Auskunft verschafft.

Sind die Nasenhöhlen mit getrockneten Schleim-Eiterborker verlegt, so müssen dieselben vorher mit der Sonde und Pincette oder mittelst längere Zeit fortzusetzender warmer Einspritzungen entfernt werden. Erst dann kann eine erfolgreiche Untersuchung stattfinden. Meist weisen bestimmte Klagen des Patienten auf das syphilitische Nasenleiden hin. Eine häufige Klage ist der eitrig-eitrige mit Blut vermischte Ausfluss, womit ein bedeutender täglicher Taschentuchverbrauch einhergeht. Wenn längere Zeit täglich 3-4 Taschentücher verbraucht wurden, so kann man auf ein ernstes Nasenleiden schliessen. Häufig vertrocknen die Absonderungen in der Nase zu dicken, langen Klumpen, die dann immer erst in Zwischenräumen von einigen Tagen ausgeschneuzt werden. Zuweilen besteht nur ein mehr wässriger Ausfluss bei erschwertem Nasenathmen; hier findet man mehr Schwellung der inneren Nasentheile. Bei längerem Verweilen blutig-eitriger Absonderungen findet sich, besonders wenn nekrotische Gewebstheile beigefügt sind, ein objectiver übler Geruch. Der zuweilen vorkommende subjective üble Geruch deutet auf Affection der Olfactoriusgegend. Je nach dem Ergriffensein der Theile ist die Nase zuweilen geschwollen und schmerzhaft auf Druck. Schmerzempfindungen heftigster Art, als: Gesichts-, Stirn- und Kopfneuralgien bestehen gerne bei Erkrankungen des Siebbeins, resp. der tief und hoch gelegenen Theile. Ob nicht auch Cerebralerscheinungen bei tiefem syphilitischen Nasenleiden vorkommen können, möchte ich nicht sofort verneinen. Ich werde einen hierhin gehörigen Fall (4) nachher noch mittheilen.

Man soll es sich zur Regel machen, bei einem mit syphilitischem Leiden Behafteten die Nase, auch ohne weiteren Hinweis auf dieselbe, genau zu untersuchen; nicht minder auch die Naso-

pharynxhöhle, da sich hier zuweilen gegen Erwarten auch in der condylomatösen Periode bei scheinbarem Ablauf der Erscheinungen solche vorfinden.

Durch die beschriebene genaue Untersuchung erfährt man Sicheres über Natur, Sitz und Ausdehnung des Leidens, über bereits stattgefundene und noch zu erwartende Defecte.

Hiernach wird dann die Wahl der local anzuwendenden Mittel nicht schwer zu bestimmen sein.

Als locale Mittel in der Behandlung syphilitischer Nasenhöhlenerkrankung sind die Injectionen sehr in Gebrauch; sie dienen theils zur Reinigung der Nasenhöhle, theils zu deren Bespülung mittelst medicamentöser Flüssigkeiten. Dieselben werden entweder im grossen Strome mittelst der Weber'schen oder einer der vielen nach ihrem Principe eingerichteten Douchen vorgenommen, in welchem Falle mehr die unteren und mittleren Nasentheile befeuchtet werden oder mittelst kleiner Spritzen, deren Ende durch ein dünnes Kautschukrohr verlängert wird, wodurch die höher gelegenen Theile mit medicamentösen Flüssigkeiten mehr isolirt erreicht werden können. Damit die Weber'sche Douche dem Gehörorgane nicht schade, empfehlen die Ohrenärzte (z. B. Patterson, Massels in Glasgow), die Douche bei geschlossenem Munde vorzunehmen und nicht eher die Flüssigkeit aus der Nase herauszuschneuzen, bis das Meiste von selbst ausgelaufen ist (British Medical Journ. 1877). Man hat auch einen Flüssigkeitszerstäuber für die Nase construirt. Das Einschnaufen von gepulverten medicamentösen Stoffen wird namentlich von französischer Seite empfohlen und sind besonders die mit Zucker oder Talcum venet. vermischten Quecksilberpräparate bei Nasensyphilis gerne angewandt.

Auch lassen sich Einpinselungen der erkrankten Stellen der Nase bequem vornehmen mit Lösungen, die je nach der Affection ausgewählt werden.

Einathmungen von gasförmigen Substanzen finden auch bei der Therapie der Nasenerkrankung statt. Diday empfiehlt gegen die syphilitische Erkrankung das Einathmen von Zinnoberdämpfen. Ich selbst lasse oft Jodeinathmungen mittelst des Waldenburg'schen Apparates machen, dessen Luft durch eine mit der Jodlösung gefüllte Wulff'sche Flasche getrieben wird. Es ist anzu-

nehmen, dass durch diese Einathmungen die medicamentöse Luft auch in die verschiedenen Nasengänge hinkommt, und glaube ich manche Heilresultate bei umschriebenen schwer zugänglichen Nasenhöhlenerkrankungen auf die Einwirkung solcher Inhalationen schreiben zu müssen.

Eine ausgedehnte Anwendung finden die Aetzmittel, insbesondere der Lapisstift. Durch eine mit Argent. nitr. armirte Knopfsonde kann man unter Benutzung des Dilatators eng umschriebene Stellen ätzen; mit dem Lapisstift können erweichte Stellen zerstört, ulcerirte Stellen umgestimmt werden. Der von mir angegebene Stift, bestehend aus 1 Argent. chloratum und 9 Argent. nitr. ist besonders bei tiefem Aetzen anzurathen.

Eine bedeutende Concurrenz macht dem Aetzmittel der scharfe Löffel. Durch dieses Instrument werden zerfallende Gewebe bis ins Gesunde sehr sicher entfernt und so die noch nicht ergriffenen Nachbartheile von der Gefahr der örtlichen Ansteckung befreit. Die Anwendung des scharfen Löffels bedingt immer Blutung, deshalb kann sie nur bei sehr umschriebenen Erkrankungen unter der künstlichen Beleuchtung stattfinden. Ausserdem verursacht der scharfe Löffel grossen Schmerz, so dass er meist eine Chloroformnarkose erheischt. Der Hals des scharfen Löffels darf nicht schmal und biegsam, er muss breit und unnachgiebig sein. Die Chloroformnarkose braucht keine tiefe zu sein. Wegen der immer beträchtlichen Blutung bedarf man eines Assistenten, der den Kopf des Chloroformirten erhebt und nach vornüber beugt, damit kein Blut verschluckt werde oder gar in den Kehlkopf gelange. Ein anderer Gehilfe hält dem zu Operirenden ein Becken unter und hilft mit den Kranken stützen. Eine vorhergehende Tamponade der Choanen würde allerdings vor dem Blutverschlucken sichern; sie scheint aber meist überflüssig bei vornüber gebeugtem Kopfe.

Die Operation am herabhängenden Kopfe vorzunehmen, erscheint nicht nöthig; der aufgerichtete Kopf ermöglicht gewiss eine raschere und sichere Entfernung der gelösten Massen und des Blutes. Der Operateur steht vor dem Kranken; er hatte sich bereits durch genaue Ocular- und Sondenuntersuchung über die kranken Stellen orientirt. Er untersucht jetzt die Nasenhöhle nochmals entweder mit der Sonde oder dem Finger, um in der Leitung des Instrumentes sicher zu sein. In mehr kräftig schabenden, als wie

drückenden Zügen werden nun die gelockerten cariös nekrotischen Knochentheile und erweichten Gewebe herausgeholt. Sowohl die cariös nekrotischen Knochen weichen bei gutem Ansätze dem Löffel, als auch die erweichte granulirende, theilweise geschwürige Schleimhaut. Man fühlt bald, ob man gesundes, widerstandsfähiges oder krankes, widerstandsloses Gewebe unter dem Löffel hat. Von den Theilen des Oberkiefers ist die Entfernung des erkrankten Proc. palatinus durch den Löffel schwieriger. Von diesem Knochen gelingt es meist, den hinteren dünnen erkrankten Theil, sowie erkrankte Theile des anschliessenden Os palat. durch eine starre Sonde, die man unter den Knochen geführt hat, herauszuhebeln. Man vermeidet so die mögliche Perforation; der vordere dicke Theil des Proc. alveol. verlangt dagegen, für den Fall hier Theile entfernt werden müssten, die Anwendung des Meissels und glaube ich, dass auch hier bei einiger Vorsicht Perforation in den Mund vermieden werden kann.

Bei der Entfernung der Siebbeinknochen, resp. beim Gebrauche des scharfen Löffels in der Höhe der Nasenwurzel, könnte die Verletzung der Lamina cribrosa in Frage kommen. Dieselbe liegt aber sehr hoch und könnte nur beim Gebrauche eines kleinen Löffels erreicht werden. Ihre Verletzung, resp. Durchbohrung wird man namentlich, wenn man mit einem breiten Löffel operirt, sicher vermeiden.

Kleine umschriebene cariöse Stellen der Seitenwände lassen sich leicht durch einen hakenförmigen scharfen Löffel entfernen. Man überzeugt sich theils mit der Sonde, theils mit dem Finger nach vorgenommenem Eingriffe, ob man alles Krankhafte entfernt hat. Dann begibt man sich an die Stillung der Blutung, was durch Einspritzungen mittelst Eiswassers geschieht, das man vor der Operation in einem Esmarch'schen Irrigator bereit gestellt hat, sowie an die Reinigung des Patienten. Sollte die Blutstillung nicht gelingen, so wird ein Watte- oder Eisenchloridwattetampon fest an die blutende Stelle oder in die blutende Höhle angedrückt. Zuweilen ist man genöthigt, den Tampon unter guter Beleuchtung einzuführen und 1 bis 3 Tage liegen zu lassen. Hat man in der Siebbeingegend, resp. in der Höhe der Nasenwurzel operirt, so entsteht meist Oedem des einen oder beider Bulbi, selten Hinfälligkeit oder Fieber. Bei Ableitung auf den Darm und örtlich

kalten Umschlägen, verschwindet nach 4 bis 8 Tagen die örtliche Reaction.

Die Nachbehandlung besteht in der Reinhaltung der Nasenhöhle durch geeignete Einspritzungen oder Carbolölwattetampons, und habe ich nie gefunden, dass dieselbe irgendwie qualvoll vom Patienten befunden worden wäre; im Gegentheile lernt derselbe sie bald selbst vorzunehmen.

In der Mehrzahl der Fälle ausgedehnter oder tiefer syphilitischer Nasenerkrankung, reicht man mit dem durch die äusseren Nasenöffnungen eingeführten scharfen Löffel aus, ohne nöthig zu haben, durch die Rouge'sche Operation die Apertura pyriformis frei zu legen, wodurch man bequemen Zugang zu den tiefgelegenen erkrankten Theilen hat. Die hiemit einhergehende sehr starke Blutung behindert aber die Controle des Auges ganz bedeutend. Allerdings dürfte dies Verfahren bei ausgedehnter Erkrankung der Nasenknochen, um die Apertura herum oder bis in das Antrum Highmori nöthig werden können. Bei ausgedehnter Erkrankung der Knochen und Weichtheile der Nasenhöhlen, oder da, wo bei umschriebener Erkrankung ihr Sitz schwer zugänglich ist, gelingt es selten, alles Krankhafte mit der ersten Operation zu beseitigen; es muss dann das Versäumte in einer folgenden nachgeholt werden, was meist 3 bis 4 Wochen nach der ersten vorgenommen werden kann. Wenn man sicher sein will, dass man nicht dennoch kranke Theile zurückgelassen hat, welche dem Patienten nach seiner Entlassung neue Ausbreitung der Erkrankung bringen könnten, so muss man den Patienten längere Zeit rhinoskopisch überwachen. Man muss sich nur gegenwärtig halten, dass in der genauen Beseitigung der syphilitischen Gewebe und der der Abstossung anheim gegebenen Theile die Sicherung vor dem Fortwuchern des Krankheitsprocesses gegeben ist. Sequester entfernt man auch bequem mit einer grossen Kornzange. Grössere lassen sich oft, wenn sie die Nasenöffnung nicht passiren können, wegen ihrer porösen und dünnen Beschaffenheit in der Nasenhöhle zerbrechen und dann bequem entfernen. Je weniger man den scharfen Löffel gebraucht hat, um so zaghafter geht oft der Anfänger in der Tiefe der Nasenhöhle mit demselben vor. Mit dem zunehmenden Erfolge und der Anzahl der geeigneten Fälle wächst das Vertrauen zu dem oft grossen Eingriff, der, je gründlicher er die Nasentheile von dem Krankhaften befreit,

um so grössere und schnellere Heilresultate erzielt. — Die Galvanokaustik ist auch ein nicht zu verachtender Behelf bei der localen Behandlung syphilitischer Nasenerkrankung. Sie kann immer nur unter Benutzung des Dilatators und der Beleuchtung angewendet werden; sie ist namentlich bei umschriebenen Affectionen verwendbar.

Die galvanokaustische Schlinge findet ihre Anwendung bei polypösen Wucherungen oder pathologischen, auf Berührung leicht blutenden Hervorragungen der Schleimhaut, wie sie sich an Muschelresten öfter vorfinden, auch um erkrankte grössere und kleine Knochentheile sich ausbilden.

Häufig wird man von den aufgezählten Verfahren zu localer Behandlung das eine als Ergänzung des anderen nöthig haben.

Ueber die Nothwendigkeit einer specifischen Allgemeinbehandlung habe ich meinen früheren Bemerkungen kaum etwas zuzusetzen. Manchmal wirken Mercurialcuren, andere Male Jodcuren oder beide nebeneinander günstig ein; in der Mehrzahl der Fälle sind sie ungenügend zur Bewältigung des localen Processes.

Die Indication zu operativen Eingriffen jedoch ist unabhängig von der Dauer der Allgemeinbehandlung; sie richtet sich mehr nach dem Stande des localen Leidens. Die operativen Eingriffe können demnach der Allgemeinbehandlung vorher, oder mit ihr einhergehen. Aus letzterem Umstande folgt, dass der die Nasensyphilis behandelnde Arzt sich mit ihrer operativen Behandlung vertraut machen muss. Ueberhaupt ist das Feld der Thätigkeit des Syphilidologen in der Behandlung seiner Kranken ein viel weiteres geworden. Die heute an ihn gestellten Ansprüche dürften sich nicht mehr auf die Durchführung einer specifischen Curmethode beschränken lassen. Wenn heute der Gynäkologe die blutigen Operationen an Uterus und Vagina vornimmt und selbst die Ovariectomie in seinen Bereich zieht, der Ohrenarzt den Operationen am Processus mastoideus, in der Nasopharynxhöhle, der Ophthalmologe der Exstirpation bulbi, der Operation retrobulbärer Processe, den plastischen Operationen in der Augengegend gewachsen sein muss, so darf vom Syphilidologen mit Recht verlangt werden, dass er sich die operative Behandlung bei ulcerativen syphilitischen Processen zu eigen mache, seien dieselben nun in der Nase, Mund oder Kehlkopf, oder Haut, oder beständen sie in

nekrosirender Caries der verschiedenen Knochen, oder in Erweichung der Drüsen.

Mit diesem Standpunkte ist die Frage, ob chirurgische Eingriffe bei Syphilis, insbesondere der der Nase gerechtfertigt sind, erledigt. Ebensowenig, wie man bei syphilitischer Periostitis oder Ostitis der Extremitäten, der Rippen, des Kopfes u. s. w. für die übergrosse Mehrzahl der Fälle chirurgisch, resp. operativ eingreifen wird, ebensowenig wird man dies bei entsprechenden Leiden der Nasenhöhlen. Haben diese Erkrankungen aber zu Caries oder Nekrose geführt, oder sind hiemit ulcerative Processe der Schleimhaut verbunden, nimmt der sphacelöse Zerfall der entzündeten Theile wenn auch oft langsamen, aber seinen sicheren Fortgang, so findet sich auch immer seine Sistirung und hiemit die Rettung der Nachbarschaft mit der Erfüllung der Indication der chirurgischen Entfernung. Ich gebe zu, dass man Fälle findet, wo der specifische Process mit Abstossung der Muscheln, Perforation des Septums und selbst weiterer Defecte in langsamer Weise auch ohne chirurgische Eingriffe zur Ausheilung gekommen ist. Letztere erweist sich bei genauer Untersuchung jedoch häufig als eine unvollkommene und man darf wohl die Frage aufwerfen, ob solche Defecte bei der Anwendung localer Therapie so ausgedehnt geworden wären.

Solchen wirklich gewissermassen von selbst günstig verlaufenen Fällen stehen weit mehr recht ungünstig ausgegangene, sich selbst überlassene gegenüber, nicht minder solche, bei denen eben die locale Therapie den Krankheitsprocess zum raschen Stillstand brachte.

Von den in meiner ersten Arbeit erwähnten Kranken kann ich über folgende Auskunft geben:

Fall I stellte sich mir Ende October vorigen Jahres wieder vor. Herr M. hatte nicht die geringste Klage seitens der Nase, auch ergab deren Untersuchung nicht die geringste Erkrankung.

Fall IV kam vergangenen Sommer zur Untersuchung hierher. Nase geheilt. Auch die diesmal gelungene Untersuchung vom Pharynx aus ergab nichts Abnormes. Das Gehör hatte sich unter Anwendung der Politzer'schen Douche wesentlich gebessert.

Fall V. Herr B. hat noch Perforation des weichen Gaumens, die jedoch noch mehr verkleinert ist; sie ist der Rest des durch das

ulcerirte Gumma bedingten früheren grossen, erschreckenden Defectes; er will sie nicht operativ schliessen lassen, weil ihm die Wiederherstellung guter Aussprache nicht zugesichert wurde.

Fall VI. Frau A. ist, wie mir ihr Arzt schreibt, nicht geheilt. Der specifische Process spielt in den Siebbeinzellen fort. Ein Versuch aus dem vorigen Jahre, das Krankhafte vollständig zu entfernen, wurde wegen nach dem Eingriffe eingetretenen Schwindels, Erbrechens und verlangsamten Pulses zunächst nicht wiederholt. Das Allgemeinbefinden ist nach den letzten Nachrichten ein sehr befriedigendes. Mag auch bei diesem Falle in der gewaltsamen Entfernung einige Gefahr liegen, so liegt doch wohl in dem Fortbestande der tiefen Caries eine wohl noch grössere Gefahr. Die entfernten Massen sind von Herrn Dr. Sängner untersucht und beschrieben, und bezeichne ich unter den diesmal histologisches Untersuchungsmaterial liefernden Fällen diesen als Fall I.

Fall VII gab mir voriges Jahr Nachricht, dass die Nase verheilt sei; er weder Ausfluss noch Borkenbildung mehr habe. Die Perforationsöffnung in den Mund schiene ihm geschlossen zu sein, er merke von ihr nichts mehr.

Fall X ist nach Mittheilung des Arztes nicht geheilt; es bestehe Caries des Siebbeines. Ich bemerke, dass hier kein Auslöffelungsveruch der tiefen Theile stattfand.

Fall XI und XII sind nach mündlichem Berichte eines ihrer Freunde geheilt.

Fall XIV ist nach dem Berichte seines Arztes gänzlich geheilt.

Fall XV kam Ende vorigen Jahres zur Vorstellung. Ich bezeichne ihn in der diesmaligen Reihenfolge als Fall V, wo ich über ihn berichten werde.

Gerade dieser Fall beweist schlagend den grossen Nutzen des Volkmann'schen Verfahrens. Dasselbe hat nicht allein vorübergehend den über das ganze Naseninnere sich verbreitenden zerstörenden Process gehemmt, sondern die Nase dauernd von dem Uebel geheilt. Wenn ein Jahr nach der Entlassung des Patienten aus der Cur die Nasenhöhle überall mit glatter Schleimhaut — also solche erscheint die Auskleidung der Nasenhöhle — bekleidet ist, nirgendwo Borkenbildung stattfindet, wenn die Sonde unter Führung des Reflectors in die verschiedenen, langen und runden Öffnungen des Nasengrundes eingehend, nirgendwo blossen Kno-

chen trifft, nirgendwo auch nur unbedeutende blutige Absonderung hervorruft, so darf man wohl von dauernder Heilung sprechen.

Folgender Fall spricht nicht minder schlagend für den Nutzen des Ausräumungsverfahrens.

II. Herr Cl. ls., 27 Jahre alt, inficirte sich November 1874 er gebrauchte Jodquecksilberpillen gegen den Fleckenausschlag. Vier Monate später, sowie im August 1875 traten Geschwüre, namentlich der Unterextremitäten auf. Eine Decoct. Zittm.-Cur beseitigte dieselben. Im Winter 1875/76 stellte sich eine Zungenaffection ein. Im Mai 1876 bestanden Papeln der Zunge, sowie ein Geschwür der hinteren Pharynxwand, das bis hinter das Velum hinaufging. Eine Inunctionscur von 35 Einreibungen, sowie wiederholte Aetzungen des letzteren mit Lapis infern. beseitigten die Erscheinungen. Im Winter 1876/77 wurde erneute ulceröse Erkrankung des Pharynx mit Decoct. Zittm. beseitigt. Im Juli 1877 war Erkrankung der Nasenhöhlen eingetreten. Patient kam in meine Behandlung. Derselbe, von mittlerer Grösse, ist mässig genährt, zeigt vergrösserte Cervicaldrüsen. Aus der Nase wird bei jedesmaligem Schneuzen blutig-eitrige Flüssigkeit entleert. Bei der Untersuchung von vorne erkennt man diffuse Schwellung und Röthung der hintern Septumwand, namentlich linkerseits. Man fühlt mit der Sonde freiliegenden Vomer, sowie das Os palatinum entblösst. Bei der Inspection in den Mund fällt das geschwollene, dunkelrothe Palatum molle auf, das schlaff nach vorn herabhängt und wie paralysirt erscheint. Hiedurch wird die vorgenommene rhinoskopische Untersuchung vom Pharynx aus eine sehr bequeme. Man erblickt zwischen beiden Choanen den freien Rand des Vomer, sowie das Os palatinum rein wie anatomisch lospräparirt. Es wird sofort der Finger vom Pharynx aus eingeführt und gelingt es, einen Theil der entblössten Knochen beweglich zu machen und zu entfernen. Neben einer specifischen Cur werden Nasenbespülungen mit Jodlösung verordnet und gelang es allmählig auch die auf dem Nasengrunde blosliegenden Knochen, indem ich mit einem schmalen Löffel unter sie kommen konnte, herauszuhebeln. Der von vorne zu sehende, gelblich belegte, freie Rand der hinteren Schleimhautpartien wurde wiederholt mit Lapis cauterisirt. Der Ausfluss hörte auf, das Velum palatinum war wieder beweglich derart, dass man nicht mehr im Stande war, vom Pharynx aus mittelst des Rhinoskopes zu untersuchen, das Velum sperrte sofort den oberen Pharynxraum beim Einführen des Spiegels ab. Die Inunctionscur

wurde 45 Tage lang durchgeführt. Man fühlt nirgendwo mehr freien Knochen, dagegen erscheint bei der Untersuchung mit dem Dilator die Schleimhaut des Septums sowie der mittleren Muschel tief hinten geschwellt und geröthet. Ich entlasse den Patienten mit dem Auftrage, mehrere Wochen lang vier Tage in der Woche grosse Jodkalidosen zu nehmen und die Nase mit warmem Kamillenthee täglich auszuspülen. Bereits 4 Wochen nach seiner Abreise schreibt mir Patient, seine Nase sei viel schlimmer geworden. Er fühle mit der Sonde freien Knochen, der Ausfluss sei stark, die Nase schmerzhaft. Ich veranlasse ihn, so bald wie möglich wieder hieherzukommen. Er trifft im November wieder ein. Der Befund ist folgender:

Stat. praes. Patient ist abgemagert, fiebert Abends, hat nächtliche Schweisse; rechtsseitige Halsdrüsen geschwollen; auf der Kopfhaut befinden sich an fünf verschiedenen Stellen zehnpfenniggrosse Leichengummata, von denen einzelne erweicht und ulcerirt sind. Die Nase ist aufgetrieben, die linke Seitenwand sowie der Nasenrücken bei Druck schmerzhaft; ebenso das Palatum durum. Die Nase erscheint verstopft und wird Eiter und Blut herausbefördert. Die Einführung des Dilators ist sehr schmerzhaft. Man sieht nun nur noch das häutige Septum mit einem Rest des knorpeligen Septums; letzteres geschwellt, geröthet, auf die geringste Berührung äusserst empfindlich, sein hinterer freier Rand mit gelbem Belage eingefasst. Die rechte untere Muschel vermisst; die Auskleidung der Nasenhöhle mit zähem Eiter belegt, nach dessen Wegspülung blutende granulirende Fläche erscheint. Der Nasengrund (unterer Nasengang) ulcerirt seiner ganzen Länge nach. Bei der Sonde fühlt man seitwärts links, ferner hinten und oben, Siebbeingegend entsprechend, entblösste Knochenflächen. Die Untersuchung mit dem Spiegel vom Pharynx aus gelingt nicht wegen starker Reflexbewegungen des weichen Gaumens.

Therapie. Patient wird andern Morgens nach nochmaliger Untersuchung sofort chloroformirt und die Nasenhöhle von den ulcerirten Massen ausgeräumt. Ich entferne eine grosse Menge erweichter Gewebslappen mit Leichtigkeit sowie Knochenstücke. Die Blutung wurde bald gestillt, die Reaction war mässig; die Nasenhöhle wird täglich ausgespritzt und mit Carbolölwatte ausgefüllt. Es wird eine specifische Cur eingeleitet. Patient fühlt sich bereits zwei Tage nach der Operation sehr erleichtert in der Nase. Die inneren Nasentheile sind bei der Untersuchung nicht mehr empfindlich. Die Sonde fühlt

auf dem rechtsseitigen Nasengrunde freien Knochen, der offenbar durch die Entfernung der ulcerirten Bedeckung entblösst ist. Derselbe ist nach weiteren acht Tagen überhäutet und nicht mehr zu fühlen. Dagegen findet sich an der rechten inneren Seitenwand ein kleines, glattes Knochenstückchen; dasselbe wird nach einigen Tagen mittelst eines hakenförmig zulaufenden scharfen Löffels leicht unter der Anwendung der Beleuchtung entfernt. Die Nasenhöhle hat ein glattes Aussehen erhalten; die Heilung der geräumigen Nasenhöhle geht regelmässig vor sich; dagegen bleibt noch der frei nach innen ragende Rand des Septumrestes empfindlich und wund. Er wird cauterisirt. Die Nase ist nicht mehr aufgetrieben, die äussere Gestalt normal erhalten. Das Fieber, der nächtliche Schweiss ist verschwunden; dagegen gehen die Gummata der Kopfhaut sehr langsam zurück. Ende Jänner sind die Gummata abgeflacht und der Mehrzahl nach verheilt. Der Nasenbefund ist folgender: Das knorplige und knöcherne Septum fehlt; man übersieht von der rechten Nasenöffnung mittelst des Dilatators bequem die linke äussere Seitenwand. Hier ist die untere Muschel der Länge nach stark hervortretend, wie verdickt, die sie bedeckende Schleimhaut ist glatt, auf Berührung nicht blutend. Der Septumrest ist an seinem freien Rande nicht mehr schmerzhaft. Die rechte äussere Seitenwand, sowie der rechtsseitige Nasengrund sind mit dünnem, zähen Schleim bedeckt, nach dessen leichter Ablösung mit der Knopfsonde eine hyperämische glatte Schleimhaut erscheint. Die untere Muschel ist rechterseits in ihrem vorderen Theile verschwunden, der hintere Theil bietet nichts Abnormes. Von der mittleren rechtsseitigen Muschel besteht noch ein Rest, dessen vorderer Schleimhauttheil zipfelförmig verlängert ist. In der Höhe der Lamina perpendicularis des Siebbeines, die mit gesunder Schleimhaut bedeckt ist und frei hinten in die Nasenhöhle hineinragt, befinden sich einige runde Oeffnungen. Die hier eingehende Sonde verursacht Blutung, man stösst aber nicht auf freien Knochen; solcher ist nirgendwo zu fühlen. Schleimabsonderung sehr gering.

Der Befund ist demnach ein günstiger, dennoch bedarf die Nasenhöhle wegen der hypertrophirten Schleimhaut des rechtsseitigen mittleren Muschelrestes, sowie wegen der leicht hervorgerufenen Blutung beim Eingang in die Siebbeinzelle der Ueberwachung. Ende Februar erscheint die ganze Nasenhöhle geheilt; dagegen sind die Gummata capitis noch nicht gänzlich verheilt.

III. Herr St. 1, 26 Jahre alt, hat sich im Mai 1870 inficirt. gebrauchte, so lautet die Angabe des Patienten, eine 3monatliche Quecksilbercur. Eine zweite Cur wird im Sommer 1873 vorgenommen. Anfangs 1876 zeigte sich ein Geschwür in der Nasenscheidewand, sowie Ausschläge an den Unterextremitäten. Behandlung mit Decoct. mittm. Ostern 1876 traf ihn ein schlagartiger Anfall, in dessen Folge die Sprache undeutlich wurde und die rechte Seite wie gelähmt war. Das Geschwür in der Nase hat sich wieder gebildet. Jod-Quecksilbercur. Mitte Juli begann eine sechswöchentliche Cur in Kreuznach, wo neben den Bädern Mercur gebraucht wurde. Patient kam jetzt in eine Heilanstalt. Es bildete sich ein übelriechender Ausfluss aus der Nase aus, an der linken Nasenöffnung bildeten sich Geschwüre. Mit dem Ausspülen der Nase kamen häufig Knochenstücke heraus. Er kam jetzt in meine Behandlung.

Stat. praes. Patient, der dem Trunke ergeben ist, sowie gelähmten Sexualreiz besitzt, antwortet langsam und mit erschwelter Aussprache. Er sieht fett aus, hat guten Appetit und Schlaf. Die Gesichtsfarbe ist eine schmutzig-blass, die Augen bewegen sich langsam, die Lider sind leicht geschwollen. Die Bewegungen sind vornehmlich, zaghaft. Geistige Arbeiten fallen dem Patienten sehr schwer. Incontinent. Urin nicht eiweisshaltig. Das syphilitische Leiden concentrirt sich in der Nase. Die äussere Gestalt der Nase ist insofern verändert, als eine leichte Einsenkung dem Beginne der Apert. pyrif. entsprechend vorhanden ist; ausserdem ist der linke Nasenflügel verknöchert, die Nasenöffnung ist ringsum ulcerirt. Bei der Untersuchung der Nasenhöhle findet sich ein Fehlen des knorpeligen und knöchernen Rahmens, sowie der unteren und theilweise der mittleren Muscheln. Die innere Oberfläche bildet eine grob granulirte Geschwürsfläche; es finden sich cariöse Knochen nach allen Richtungen hin.

Es wurde neben der allgemeinen und specifischen Behandlung eine örtliche eingeleitet. Erstere bestand in einer Thermal- undunctionscur, letztere in der wiederholten Anwendung des scharfen Messers. Trotzdem bei dem ersten grossen Eingriff bedeutende Massen entfernt wurden, zeigte sich in der Tiefe links und oben dem hinteren Ende des Oberkiefers entsprechend noch leicht durchdringliches Gewebe, hinter dem rauher Knochen sich befand. Die Entfernung dieser Stelle veranlasste eine starke Blutung, welche eine mehrtägige Tamponade erforderlich machte. Ein dritter und vierter grösserer Eingriff

wurden bedingt durch noch vorhandene Caries in der Tiefe der rechten Seite der Nasenhöhle. Es war hiemit die Entfernung des Krankhaften aus der Nasenhöhle gelungen, deren Oberfläche sich allmählig mit gesunden, schwach secernirenden Granulationen ausfüllte; der linke Nasenflügel, dessen innere Fläche ulcerirt war, war bei der Heilung eingeknickt und bildete sein freier Rand mit der vernarbten Stelle des vorderen Naseneinganges ein verengtes Nasenloch. Im Uebrigen hatte die äussere Gestalt der Nase nicht weiter gelitten. Patient, der sich wegen freiwilliger Samenabtreibungen und seines früheren Lebenswandels noch sehr unselbstständig und verworfen vorkam, ging darauf in eine Pflegeanstalt. Er schrieb mir die letzten Tage, dass seine Nase, die er täglich mehrere Male ausspritzte, kaum noch absondere und er allmähliche Besserung auch seines geistigen Zustandes verspüre. Er gebrauche noch Jodkali. Die in verschiedenen Sitzungen herausgeförderten Massen sind von Herrn Dr. Sänger untersucht.

Betreffs der wiederholt benöthigten Eingriffe mit dem schmalen Löffel gebe ich zu berücksichtigen, dass man wohl selten bei sehr ausgedehntem Krankheitsprocesse in der so sehr geräumigen Nasenhöhle mit Einem Eingriffe alles Krankhafte entfernt. Dies liegt an der während der Operation der genauen Besichtigung entzogenen Localität, und ereignet sich nicht allein bei meinen Patienten, sondern auch bei anderen, von kundiger Hand behandelten. So lese ich in dem Berichte von Herrn Küster über seine fünfjährige Thätigkeit am Augusta-Hospitale in Berlin, dass er die Auslöfflung bei scrophulösem Nasenleiden am herabhängenden Kopfe machte; nach viermonatlicher Cur wurde Patientin entlassen; es fand sich jedoch noch ein blossliegendes Knochenstück vor. Ebenso wird man bei syphilitischer Caries der Nase, will man die Beseitigung des Cariösen durchaus erstreben, und so sich vor neuer Localinfection sichern, öfter zu nachträglichen Eingriffen übergehen müssen, wodurch allerdings die Dauer der Cur sich sehr in die Länge ziehen kann.

IV. Frau H., 37 Jahre alt, gibt folgenden Krankheitsbericht: sie war als Mädchen gesund, jedoch immer „ängstlichen, zuweilen kummervollen Gemüthes;“ verheiratete sich 1862; bekam im Verlaufe der ersten Schwangerschaft ein Geschwür am Oberschenkel, sowie bald darauf mehrere an den Labien, gebar ein gesundes Kind. Im Frühjahr 1864 trat ein grossfleckiger Ausschlag auf; sie gebrauchte darauf

Die Cur in Cannstadt, nach welcher ein 14tägiger Speichelabfluss trat. Nach mehrwöchentlicher Pause trat wieder ein Ausschlag auf Rücken und Unterextremitäten auf, der auf Einreibungen verging. Im Jahre 1866 gebar sie das zweite lebende Kind und bis zum Jahre 1876 das siebente und sollen die letzten 5 fette, schöne Kinder sein, während die beiden ersten schwächer seien. Vier Wochen nach Geburt des letzten Kindes wurde Frau H. schwermüthig, theilnahmlos gegen Alles; sie spürte vorn in der Stirne etwas, das ihren Geist hemmte; es kam zeitweise Blut aus der sonst verstopften Nase. Sie wurde dann in Bern 7 Wochen mit Jodkali und Einspritzungen in die Nase behandelt. Es trat kurz vorübergehende Besserung ein. Die Empfindlichkeit in der Stirne wurde zum beständigen Schmerze; der allgemeinen Theilnahmlosigkeit trat grosse Gedächtnisschwäche. Sie gebrauchte dann 1877 in einer Anstalt 14 Sublimatbäder, Jodkali und Schnupfwasser; ausserdem Bepinseln der Stirne mit Jodtinctur. Sie fühlte sich nicht geheilt; subjectiver übler Geruch in der Nase, zeitweiliger blutig-eitriger Ausfluss aus der Nase, der fixe Stirnschmerz neben der traurigen Gemüthsstimmung bestehen. Patientin kam darauf in meine Behandlung.

Stat. praes. Patientin mässig wohlgenährt, hat alte Pigmentflecke, theils vereinzelt, theils in Gruppen über dem ganzen Körper, zwischen stehen kleine und grössere, flächenartige, wie warzenartige, fleckene Bildungen. Ein Fluor albus ist bedingt durch eine Art Polypoidtum an der Portio vaginalis. Die Nase ist schön geformt und bietet die Inspection nichts Abnormes, weder in der rechten, noch in der linken Nasenhöhle. Aus letzterer kommt jedoch beim Schnüffeln etwas blutiger Eiter; die Kranke muss fortwährend schnüffeln und legt auf die Mitte der Stirne, dass da das Uebel sitze, auch klagt sie über sie peinigenden üblen Geruch, der aber objectiv nicht zu merken ist. Die Untersuchung mit der Knopfsonde entdeckt nun in der Tiefe und Höhe der linken Nasenhöhle eine rauhe freie Knochenleiste; die Länge des eingeführten Sodontheiles übertrifft um mehrere Centimeter die Länge der Nase. Die Stelle des kranken Knochens befindet sich in der Höhe und links von der Nasenwurzel; Druck auf dieselben mittelst der Sonde ruft den Stirnschmerz in verstärktem Masse hervor. Der Knochen scheint unbeweglich zu sein.

Therapie. Eine Thermal- und Inunctionscur wird eingeleitet. Die Entfernung des Knochens erscheint um so wichtiger, als er den

Stirnschmerz zu bedingen scheint, und liegt selbst der Gedanke nicht fern, dass bei der Anlage zu trüber Stimmung und bei dem der Basis cranii nahen Sitze des Leidens letzteres die traurige Gemüthsverfassung der Patientin sehr beeinflussen dürfte. Im Verlaufe einer 30tägigen allgemeinen Cur wurde der Knochen nicht beweglicher, dagegen peinigte sich die Kranke immer mehr über ihren Jammerzustand mit Selbstmordgedanken. Es trat gänzliche Appetit- und Schlaflosigkeit ein. Letztere wurde nur wenig durch Bromkali beeinflusst. Die operative Entfernung des tiefsitzenden Knochens wurde dringlich. Die Frage war die, ob man ihn mit dem scharfen Löffel bei dem engen Zugange, oder mittelst temporärer Resection entfernen solle. Ich zog Herrn Dr. Bardenheuer, Oberarzt aus Cöln, zu Rathe und wurde beschlossen, die Entfernung mit dem scharfen Löffel vorzunehmen. Es gelang nicht, bei der ersten, unter Chloroformnarkose vorgenommenen Operation den kranken Knochen ganz zu entfernen. Die Reaction nach derselben war insoferne eine unbequeme, als die Patientin die ersten drei Tage wiederholt an Erbrechen und Ohnmachtsanfällen litt. Beide Erscheinungen, sowie die hiemit einhergehende Schwellung der linken Gesichtshälfte schwand jedoch nach 7 Tagen. Insoferne war immerhin ein günstiger Erfolg erzielt, als der früher in der Mitte befindliche Stirnschmerz mehr nach links gerückt und wesentlich geringer war. Aber die Sonde stiess in derselben Tiefe noch auf rauhe Knochenfläche. Es wurde deshalb 4 Wochen nach der ersten Operation derselbe Eingriff wiederholt. Diesmal gelang es, den kranken Knochen zu entfernen, womit allerdings Theile in der Umgebung mit weggenommen wurden; was bei der Enge des Zuganges theils unvermeidlich, theils nothwendig war. Es entstand eine schmerzhafte mit Fieber verbundene Schwellung der linken Augengegend, die nach 10 Tagen auf Bleiwasserumschläge verschwand. Der Stirnschmerz war gänzlich beseitigt, freier Knochen nicht mehr zu fühlen; dagegen sieht man hoch oben in der linken Nasenhälfte in eine künstlich gemachte Höhle, deren Oberfläche sich mit gesunden Granulationen bedeckt und Ausfluss bedingt. Letzterer bewirkt bei der Patientin Unzufriedenheit mit dem erlangten Resultate; der Gedanke der Unheilbarkeit verlässt die hysterische Kranke zunächst nicht. Nachdem ich mich mehrere Wochen lang von dem günstigem Verlaufe des Nasenleidens vergewissert habe, während welcher Zeit auch der kleine Tumor der Vaginalportion entfernt wurde, wird die Kranke zu ihrer

Familie entlassen, mit dem Auftrage, die Nase mehrere Male täglich mit Chlorkalilösung zu reinigen und Jodkali zu nehmen. Sie schreibt mir circa 5 Wochen nach ihrer Heimkehr, der Stirnschmerz sei weggeblieben, sie habe wieder Freude an der Arbeit, denke nicht mehr an's Sterben, wolle vielmehr für ihre Familie leben; der Kopf sei frei, dagegen komme noch immer Ausfluss aus der Nase. Die Anfangs Februar erhaltenen Nachrichten lauten gleichmässig günstig.

Dieser Fall hat mehrfaches Interessante. Namentlich denkt man dabei an die Arbeit von L. Loewe: „Ueber die anatomische Grundlage des Stirnkopfschmerzes“ (Deutsche Zeitschr. für prakt. Med. 1877, Nr. 35), wo er aus seinen Untersuchungen des Riechorgans von Kaninchen, da er hier Ganglienkugeln in dessen piaem Bindegewebe entdeckte, den Schluss zieht, dass für den Fall sich beim Menschen ein ähnliches Gangliengebilde vorfinde, er hierin ein Organ erkennen würde, dessen Erkrankungen die Empfindung des Stirnkopfschmerzes erklären würde. Jedoch hat in dieser Hinsicht die von Herrn Dr. Sänger vorgenommene Untersuchung der herausgehöhlten Theile kein Resultat ergeben und ist es wahrscheinlich, dass der Reiz der sensibeln Fasern der oberen Keilbeintheile den Stirnschmerz bedingt habe. Besonderes Interesse hat nicht allein das Verschwinden des Kopfschmerzes, sondern namentlich das Verschwinden der armseligen Geistes- und Gemüthsverfassung nach Beseitigung der Caries.

V. (Fall XV der ersten Reihe.) Herr Str. sieht kräftig und wohlgenährt aus. Er hat nur noch Spuren von Eiweiss im Harne. Er klagt jetzt über Eczema capitis, das ihn schon wiederholt in früheren Jahren befallen hat. Die Nase zeigt äusserlich die frühere Sattellandeutung, die in keiner Weise zugenommen hat. Die Nasenhöhle ist mit glatter Schleimhaut ausgekleidet, die einen klaren durchsichtigen Schleim in unbedeutender Weise absondert; sie zeigt nirgendwo eine Rauigkeit. Das Einbringen mittelst der Sonde in die zu den Sieb- resp. Keilbeinzellen führenden Oeffnungen ergibt nichts Abnormes. Links tief nach hinten an dem Rudimente der Muschel sitzt noch ein kleiner, verdächtiger Wulst, den ich galvanokaustisch entferne. Ein hiedurch blossgelegtes Knochenstück wird auch leicht entfernt. Hierauf heilt die Stelle in regelmässiger Weise. Wegen des geringen Albumengehaltes leite ich neben ausgedehnter Thermalcur noch eine specifische Cur ein. Hierauf verschwindet das Albumen gänzlich aus dem Harne. Die Nase bleibt

vollständig geheilt. Die entfernten Produkte sind von Herrn Dr. Sänger untersucht und besprochen.

VI. Herr Br. leidet seit 5 Jahren an Syphilis; hatte Haut-exantheme, dann syphilitische Angina und darauf Ozaena, wonach er den Vomer, sowie die rechtsseitige untere Muschel durch Nekrose verlor. Die angewandten Curen bestanden in Mercureinreibungen, Decoct. Zittm., sowie in Jodkali. Patient wandte diese Mittel sehr unregelmässig an. In der letzten Zeit traten in der Kehle beträchtliche wie condylomatose Wucherungen auf; ausserdem stellte sich eine beständige Somnolenz ein, so dass Patient selbst während der Unterhaltung einschlief.

Stat. präs. Patient sieht wohlgenährt aus; hat schmutzig fahle Gesichtsfarbe. Der starke Unterleib ist zum Theile bedingt durch eine Vergrösserung der Leber, sowie ganz besonders der Milz. Die Sprache ist rau und röchelnd; die Inspection in die Mundhöhle ergibt die Pharynxwand verdickt und unregelmässig. Diese unregelmässige Hypertrophie erstreckt sich nach abwärts bis zum Kehlkopf, dessen Eingangsbegrenzung ödematös geschwellt ist. Nach der Nasopharynxhöhle zu ist die entartete Schleimhaut stellenweise ulcerirt; unmittelbar hinter dem Velum ragen rechts und links Anschwellungen hervor, die sich nach oben zu erstrecken scheinen. Der hinter das Velum eingeführte Finger entdeckt zwei grosse Tumoren, welche die Choanen verlegen; sie sind rechterseits resp. linkerseits bis hoch oben fest angewachsen; ihr oberes Ende ist nicht zu erreichen, dagegen sind sie nach der Pharynxwand zu frei hervorragend. Die Nasenuntersuchung ergibt Fehlen der knorpeligen und knöchernen Scheidewand, Defect der Muscheln; die auskleidende Schleimhaut erscheint geheilt, nirgendwo freier Knochen. Tief hinten sieht man die Choanen grossentheils durch die Tumoren verlegt. Der Schlaf des Patienten ist ein eigenthümlicher. Er liegt im Bette auf der rechten Seite, athmet zwei, dreimal recht laut, dann entsteht eine Athempause, Patient wälzt sich auf sein Gesicht, das in die Kissen verborgen wird, der Athem scheint gänzlich zu stocken, da erfolgt ein schnarchendes Aufathmen, der Körper wendet sich auf den Rücken, die Augen werden weit geöffnet, dann schläft Patient wieder weiter, nach einigen Athemzügen wieder grosse Athempause mit demselben beängstigenden Manöver und so fort. Ob die Somnolenz ein Zeichen einer Gehirnaffectio oder vielmehr einer Folge des mangelhaften Ein- und Ausathmens entstanden fortwah-

renden Kohlensäure-Intoxication ist, lasse ich unentschieden. Jedenfalls spielt letztere in dem Befinden des Patienten eine Rolle. (Die Stimmbänder zeigten sich stark hyperämirt.)

In der Annahme der Tumoren als Gummata, sowie der Hypertrophie der ganzen Pharynxwand als syphilitische Flächenverdickungen wurde eine Inunctionscur neben der Thermalcur eingeleitet. Die geschwürigen Stellen wurden geätzt, die Pharynxwand mit Jodtinctur einge pinselt; ausserdem wurden Jodinhaltungen gemacht. Die unter dem Velum hervorragenden Geschwulstenden konnten mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt werden. Es war bei der Längsverwachsung der Tumoren nicht möglich, sie mit der Schlinge zu fassen. Ihre Extirpation verlangte die temporäre Resection des Oberkiefers. Angesichts dieser Eventualität und mit Rücksicht darauf, dass die allgemeine Behandlung eine wesentliche Besserung in der Athmung, sowie im Verschwinden der Somnolenz erzielte, wurde auf eine operative Entfernung nicht gedrungen. Patient reiste nach zweimonatlicher Behandlung mit gebessertem Halse und besserem Allgemeinbefinden, aber noch mit beiden verkleinerten Tumoren behaftet, nach Hause. Spätere Nachrichten habe ich nicht erhalten. Jedenfalls würde beim Fortwachsen der Tumoren deren Entfernung durch operativen Eingriff indicirt sein.

VII. Fall. Frau V. ist seit 2 Jahren inficirt, hat ein todttes Kind geboren. Sie leidet an Aphonie; ausserdem besteht blutig-eitriger Ausfluss aus der rechten Nasenhälfte. Es finden sich geschwollene Cervicaldrüsen. Als Ursache der Aphonie ergibt sich eine ulceröse Affection beider Chordae vocales. Der rechtsseitige Nasengang ist von ulcerirender Schleimhaut besetzt und blokirt, Nasenscheide- und Seitenwand sind geschwellt und berühren sich theilweise. Entblösster Knochen ist nicht zu finden.

Neben einer specifischen Allgemeinbehandlung wurde in den Kehlkopf über den andern Tag arg.-nit.-Lösung eingepinselt, später mit dem Störk'schen Tropfapparat eingeträufelt; die rechte Nasenhöhle wurde mit dem scharfen Löffel von den erweichten Massen befreit und dann wiederholt cauterisirt, ausserdem wurden Jodinhaltungen gemacht. Die seit einem Jahre bestehende Aphonie wurde geheilt, die Stimmbänder heilten, das eine mit einem kleinen Defect an der vorderen Seite, die Stimme war wieder eine wohlklingende. Die Nase war gänzlich geheilt.

VIII. Fall. Herr P. leidet an Schwindel, taumelndem Gang, Parese der rechten Seite. Er hat Periostosen der Fibia; ausserdem leidet er an Ausfluss der rechten Nasenhöhle.

Die Inspection der Nase ergibt eine Vergrösserung der mittleren Muschel namentlich rechterseits, und hängt ihre Schleimhaut zipfelförmig herunter. Ihre Berührung mit der Sonde verursacht Bluten. Die Sonde, zwischen mittlerer Muschel und Seitenwand eingehend, stösst auf eine kleine entblösste Knochenstelle. Durch eine specifische Cur, sowie auf Jodeinathmungen überhäutet sich die freie Knochenstelle; ich konnte sie wenigstens später nicht mehr entdecken. Die verlängerte Schleimhaut wird galvanocautisch abgetragen. Der Ausfluss ist bedeutend vermindert.

In einem anderen (IX.), noch in Behandlung befindlichen Falle besteht neben Cerebralerscheinungen — sich kundgebend in Schwindel, erschwerter Sprache, öfterem Zittern und Zucken, morgendlichem Erbrechen — zeitweise auftretender, sehr depressirter Gemüthsstimmung — eine beträchtliche Vergrösserung durch Auftreibung der linken mittleren Muschel. Deren Schleimhaut ist oben mit der des Septums verwachsen; sie schliesst hier zwei runde kleine Oeffnungen ein, in die eingehend die Sonde nichts Krankhaftes entdeckt. Die mittlere Muschel verläuft mehr quer von links nach rechts in dem oberen verbreiterten Nasenraume; sie ist nicht schmerzhaft auf Berührung. Hieneben ist stärkere, zu dicken Borken vertrocknende Absonderung vorhanden. Verschiedene Knochen sind früher abgegangen, jetzt sind keine entblössten Knochen zu fühlen. Syphilitische Infection hat vor 9 Jahren stattgefunden.

Unter den angeführten Fällen sind wiederholt syphilitische, tief sitzende Nasenleiden mit Cerebralerscheinungen gepaart. Es sind namentlich die Fälle 3, 4, 8, 9, bei denen die Knochen des Schädeldaches keine Auftreibung anzeigten, während solche bei Fall 5 (XV der ersten Arbeit) zur Zeit der mit dem Nasenleiden gepaarten Gehirnsymptome vorhanden waren. Es darf wohl mit Rücksicht auf die Nähe der Basis cranii zu den genannten pathologischen Localitäten die Frage aufgeworfen werden, ob und in welchem Zusammenhange Cerebral- und Nasenleiden stehen; ob hier blos eine reflectorische Wirkung auf das Gehirn oder eine locale Fortleitung des Krankheitsprocesses auf dasselbe stattfand, oder beide unabhängig von einander erkrankt sind. Ich will diese

Frage, welche die Mehrzahl der angeführten Fälle unentschieden lässt, hiemit zur weiteren Beachtung nur angeregt haben, möchte aber für den Fall 4, wo erst mit dem Erfolge des localen Eingriffes die mit Verwirrtheit einhergehende unglückliche Gemüthsstimmung allmählig verschwand — die neuesten Nachrichten bekunden dies wiederholt — mehr eine Reflexwirkung, als wie eine selbstständigeluetische Gehirnerkrankung annehmen.

Fall 6 und 7 weisen auf die Beziehungen der Affectionen der Nasenhöhle zu denen des Kehlkopfes hin. Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass durch das Hinabfliessen des specifischen Nasensecretes, resp. des der Nasopharynxhöhle in den Kehlkopf und tiefer der specifische Process hineingeschleppt werden kann.

In wiederholten Fällen konnte ich den Zusammenhang der specifischen Ulceration der einen Seite der oberen Pharynxgegend mit der entsprechenden Seite der Epiglottis, des Kehlkopfeinganges bis zum Stimmbande nachweisen. Bei der Lage der Tuba Eustachii sind Erkrankungen des Gehörs nicht minder zu erwarten. Ja! in einem im vergangenen Jahre zur Behandlung gekommenen Falle — die Infection hatte im Jahre 1874 stattgefunden — war aus einer rechtsseitigen ulcerösen Nasopharynxaffection Verlust der rechten Hälfte des weichen, mit der Pharynxwand theilweise verwachsenen Gaumens, Verlust der rechten Hälfte der Epiglottis, sowie beider wahrer Stimmbänder, Otitis int. mit Verlust des rechten Trommelfelles entstanden. Dies waren abgelaufene, gross-earbige Processe. Es bestand aber noch als nicht abgelaufener Process Infiltration beider Lungen mit blutiger Bronchorrhöe, und hohem (39.5°) abendlichen Fieber. Hieneben bestand schmerzhafte Entzündung der Arm-, Knie- und Fussgelenke. Patient wurde durch eine langsam vorschreitende specifische Cur und den wohlthätigen Einfluss der Aachener Bäder von seiner Lungenaffection bis auf geringen Husten, von der Gelenkaffection bis auf geringe Schwellungen geheilt. Die rauhe Stimme wurde von den falschen Stimmbändern gebildet. Die Lungenaffection war wohl sicherlich die Fortsetzung des von der Nase local nach abwärts gegangenen Processes.

Aus manchem der angeführten Fälle geht die Thatsache hervor, dass die syphilitischen Affectionen der Nasopharynxhöhle nicht allein von zerstörender Wirkung für die Nase und ihre

nächste Nachbarschaft, sondern auch für ferner gelegene Organe werden können. Es drängt sich daher mit Nothwendigkeit das Verlangen auf, denselben so sehr und so rasch wie möglich Einhalt thun zu können. Die von Charles Mauriac in seiner umfangreichen Abhandlung: „La syphilose pharyngo-nasale“ Paris 1877, erzählten vielen Krankengeschichten beweisen wegen der hier vorkommenden mehr weniger grossen Zerstörungen die Unzulänglichkeit der specifischen Curen, was auch Mauriac bereits in der Vorrede hervorhebt. Um so auffälliger ist es, dass er vor irgend wie eingreifender oder nur irritirender Localbehandlung warnt. In keiner seiner Krankengeschichten findet sich auch nur der geringste Nachweis über eine eingreifende locale operative Behandlung oder gar deren schädliche Folgen. Alle die kleinen und grossen Defecte in Nase und Rachen sind nur durch die Syphilose entstanden, trotz des Vermeidens angeblich schädlicher localer Eingriffe.

Ich glaube durch den Verlauf vieler meiner Fälle von Nasensyphilis dargethan zu haben, dass in der von mir geschilderten localen Behandlungsweise ein sicheres Mittel zur Schaffung der günstigsten Heilbedingungen gegeben sei. Wenn das eine und das andere Mal Heilung hiermit nicht erzielt ist, so liegt dies mehr daran, dass sie nicht im Stande war, alles Krankhafte zu entfernen. Auch in solchen Fällen war der Nutzen der localen Behandlung unverkennbar, das Krankheitsfeld war eingeschränkt worden; eine Verschlimmerung des Krankheitsprocesses durch den localen Eingriff des scharfen Löffels habe ich nie gesehen. Mögen auch manchmal einzelne gesunde Theile mit herausgeschabt worden sein — ein Nachtheil im Heilungsverlaufe war hierdurch nicht zu erkennen. Wird ja auch bei anderen Operationen manchesmal gewissermassen mit Nothwendigkeit gesundes Gewebe weggenommen, ohne dass dies den raschen Heilungsverlauf stört.

Ob die durch das Ausräumungsverfahren erzielte Heilung eine dauernde ist, kann bei der specifischen Veranlassung nur eine Jahre lang fortgesetzte Beobachtung ergeben. Eine lange temporäre Heilung dagegen ist sichergestellt, und das ist für die bis dahin in ihren schweren Formen fast unzugänglich gewesene Nasensyphilis eine Errungenschaft, welche der deutschen Schule, die das Verfahren zuerst lehrte, hoch angerechnet werden muss.

